Rapport du directeur de santé publique 2003

Les habitudes de vie et les maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec
Mieux comprendre pour mieux intervenir

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Direction de santé publique

106-04570/

Rapport du directeur de santé publique 2003

Les habitudes de vie et les maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec

Mieux comprendre pour mieux intervenir

Une publication de la Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières G9A 2B5

Analyse et rédaction
Anne-Marie Grenier, médecin-conseil en santé publique

Comité scientifique
Sylvie Bernier, agente de recherche
Yves Pepin, agent de recherche
André Dontigny, directeur de santé publique

Conseil à la rédaction
Martine Fréchette, conseillère en communication

Secrétariat
Françoise Déry
Carole Daneault

Graphisme
Vakarme, studio de communication graphique

Photos
Galerie de photos du site web de Santé Canada,
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/photos/index.html

Banque photo Mauricie
http://www.photomauricie.com
couverture : (famille) Daniel Jalbert / Tourisme Mauricie
(pont) Banque photo Mauricie / Office du tourisme et des congrès de Trois-Rivières

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Note : Le genre masculin utilisé dans ce document désigne
aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN : 2-89340-086-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Mot du directeur de santé publique

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitres-4.2) confère au directeur de santé publique la responsabilité d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, incluant les principaux facteurs associés, d'en suivre l'évolution et d'identifier les interventions qu'il juge les plus efficaces afin de prévenir adéquatement ces problèmes. Cette responsabilité s'est vu confirmer par l'adoption récente, en décembre 2001, de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre 60), loi venant remplacer l'ancienne Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35) adoptée en 1972. C'est dans ce contexte qu'est publié ce premier rapport du directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

En décembre 2002, lorsque mon collègue, le docteur Richard Lessard de la Direction de santé publique de Montréal-Centre, a diffusé son rapport intitulé ***La santé urbaine***, celui-ci rappelait l'objectif d'un tel document : identifier, à partir de données solides, les principaux enjeux relatifs à la santé de la population sur son territoire et proposer les solutions susceptibles d'avoir le plus grand impact favorable à la réduction des problèmes sociaux et de santé. C'est exactement dans cette perspective que la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte produire périodiquement un rapport et ainsi informer la population sur les meilleures solutions à mettre de l'avant.

Ce premier rapport du directeur de santé publique porte sur l'évolution des maladies chroniques sur le territoire de même que sur les facteurs associés, dont principalement les habitudes de vie. Le rapport précise à plusieurs égards que l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie ne pourront être possibles que dans la mesure où elles s'inscrivent dans un projet collectif, axé sur la mise en place de conditions favorables à l'expression de choix sains. Bien entendu, le réseau de la santé peut et doit être contributif à la mise en place de ces conditions, en plus d'offrir l'ensemble des services requis aux personnes souffrant de ces maladies.

J'ai la ferme conviction que ce rapport, en plus de fournir une information à jour sur l'état de santé de la population, encouragera les nombreux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activités (municipalités, milieu scolaire, milieux de travail, etc.) à poursuivre et à intensifier leurs efforts pour créer, en Mauricie et au Centre-du-Québec, de véritables communautés en santé. Ces communautés seront celles où nous aurons réduit au minimum l'impact des maladies chroniques.

La publication de ce premier rapport est le fruit d'un travail d'envergure qui a sollicité l'implication de plusieurs professionnels de la Direction de santé publique. Je les remercie sincèrement. Plus particulièrement, ces personnes sont, au premier chef, Anne-Marie Grenier, médecin-conseil responsable de l'analyse et de la rédaction du présent rapport, Sylvie Bernier et Yves Pepin, agents de recherche, Martine Fréchette, conseillère en communication, et Françoise Déry, secrétaire.

Le directeur de santé publique,

André Dontigny, M.D.

Table des matières

INTRODUCTION 11

PARTIE 1 Un portrait de santé sur les maladies chroniques : de bonnes nouvelles mais 13

Les principales caractéristiques de la région et de sa population 14
La situation démographique 14
La scolarisation 14
La situation économique 14
En somme 14

L'état de santé de la population : avons-nous négligé les principaux tueurs ? 16
De plus en plus de problèmes 16
La mortalité diminue, mais certaines inégalités demeurent 17
La morbidité, un aspect mal documenté ? 20
La limitation des activités à long terme 22
En somme 22

Les habitudes de vie et autres facteurs de risque de maladies chroniques : présage d'une catastrophe annoncée ? 22
Le tabagisme 23
L'alimentation 24
L'activité physique 26
Le poids corporel 27
En somme 28

Les services de santé, un déterminant à part entière de la santé 28
La morbidité évitable 28
La mortalité évitable 29
Les interventions dites pertinentes 33
La satisfaction envers les services de santé 33
En somme 33

PARTIE 2 Un gros plan sur les maladies cardiovasculaires 35

Le portrait de la région 37

L'émergence des facteurs de risque chez les adolescents 37
Les habitudes de vie 38
Les autres facteurs de risque de MCV 39

La gestion des cas d'hypertension, de diabète et de dyslipidémies 39
L'hypertension 39
Le diabète 40
Les dyslipidémies 40

En somme 42

PARTIE 3 Un gros plan sur le cancer 43

Le portrait de la région 44
L'incidence 44
La mortalité 44
L'utilisation des services préventifs 46

En somme 48

PARTIE 4 Le défi d'intervenir sur les habitudes de vie et les maladies chroniques 49

Une approche intégrée 50

Des interventions efficaces pour réduire les maladies chroniques 52
La promotion et la prévention dans les communautés et les milieux de vie par des actions environnementales 53
L'intégration de la prévention dans la pratique clinique des professionnels de la santé 55

CONCLUSION 59

Liste des annexes

Annexe 1 Liste des conditions médicales pour les hospitalisations évitables 61

Annexe 2 Liste des causes de décès évitables 61

Annexe 3 Liste des causes de décès évitables par la prévention et la promotion pour les 0 à 74 ans 62

Annexe 4 Liste des interventions dites pertinentes chez les 18 ans et plus 62

Annexe 5 L'alimentation 63

Annexe 6 Les transports 64

Annexe 7 Facteurs de risque considérés pour le dépistage sélectif du diabète de type 2 65

Annexe 8 Facteurs de risque considérés pour le dépistage sélectif des dyslipidémies 66

Liste des figures

Figure 1 Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec 15

Figure 2 Le continuum des maladies chroniques 50

Figure 3 Une approche écologique pour une communauté en santé 52

Liste des tableaux

Tableau 1 Liens entre les principales maladies chroniques et habitudes de vie 23

Tableau 2 Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 25

Tableau 3 Taux d'hospitalisations jugées évitables selon la condition médicale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1997-1998 à 1999-2000 30

Tableau 4 Nombre de cas et taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1994-1998 45

Tableau 5 Nombre de décès et taux ajusté de mortalité par tumeurs selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1994-1998 45

Tableau 6 Taux ajusté des années potentielles de vies perdues par tumeurs selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1994-1998 46

Tableau 7 Comportements préventifs spécifiques aux femmes à l'égard du cancer, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec 47

Liste des graphiques

Graphique 1 Prévalence de plus d'un problème de santé selon le revenu, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 16

Graphique 2 Prévalence des principaux problèmes de santé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987 et 1998 16

Graphique 3 Espérance de vie chez les hommes selon le quintile de défavorisation, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997 17

Graphique 4 Taux de mortalité selon le quintile de défavorisation, population de moins de 75 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997 17

Graphique 5 Taux des années potentielles de vie perdues, toutes causes, selon le sexe et le quintile de défavorisation, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997 18

Graphique 6 Répartition des décès selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 18

Graphique 7 Taux ajusté de mortalité selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 19

Graphique 8 Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 19

Graphique 9 Indice comparatif de mortalité selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 20

Graphique 10 Taux d'hospitalisation selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1995-1996 à 1997-1998 20

Graphique 11 Indice comparatif d'hospitalisation selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000 21

Graphique 12 Principales causes de limitation des activités à long terme, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 21

Graphique 13 Proportion de fumeurs au Québec, 1981-2001 24

Graphique 14 Proportion de la population de 15 ans et plus présentant un excès de poids selon la région sociosanitaire, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 27

Graphique 15 Taux brut d'hospitalisations jugées évitables, Mauricie et Centre-du-Québec, 1991-1995, 1995-1999 et 1997-2000 29

Graphique 16 Répartition des hospitalisations évitables selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec,1997-1998 à 1999-2000 30

Graphique 17 Taux brut de mortalité évitable, Mauricie et Centre-du-Québec, 1984-1988, 1989-1993 et 1994-1998 31

Graphique 18 Répartition des décès évitables selon la cause, population des 0-64 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 31

Graphique 19 Taux de mortalité évitable, population des 0-64 ans selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 32

Graphique 20 Indice comparatif de mortalité évitable par la prévention et la promotion selon la cause, population des 0-74 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 33

Graphique 21 Indice comparatif de mortalité évitable par la prévention et la promotion selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 34

Graphique 22 Taux ajusté d'interventions pertinentes selon le district sociosanitaire, population de 18 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000 34

Graphique 23 Taux de mortalité évitable par cardiopathies ischémiques selon le district sociosanitaire, population de 35-64 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 37

Graphique 24 L'hypertension au Canada 41

Graphique 25 Indice comparatif de mortalité par tumeurs selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998 46

Graphique 26 Indice comparatif d'hospitalisation pour tumeurs selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000 47

Liste des encadrés

Encadré 1 Promouvoir une alimentation saine 51

Encadré 2 Atteindre et dépasser les objectifs du protocole de Kyoto : en faveur de la prévention des maladies chroniques 53

Encadré 3 Le développement des enfants passe par les arts de cirque avec *Québec en forme* 54

Encadré 4 Favoriser les pratiques optimales dans la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires : l'expérience du projet *Au cœur de la vie* 57

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66

Introduction

Le présent document constitue le premier rapport du directeur de santé publique de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il porte sur les principales maladies chroniques qui affectent la population de la région, sur les habitudes de vie qui influencent leur apparition et sur les pistes de solution à privilégier pour réduire la mortalité et la morbidité qu'elles entraînent. Ces solutions toucheront l'ensemble du continuum d'apparition et d'évolution de la maladie, de l'environnement physique et social à l'organisation des services de santé.

Selon l'OMS, dans leur sens large, les maladies chroniques comprennent des maladies transmissibles (ex. : VIH/sida, tuberculose), des maladies non transmissibles (ex. : diabète, maladies cardiovasculaires, cancer et maladies pulmonaires), certains troubles mentaux et d'autres handicaps physiques permanents[1].

Les maladies chroniques seront abordées ici dans un sens plus restrictif en se limitant aux maladies non transmissibles qui touchent la santé physique.

Des tueurs négligés

Le choix des maladies chroniques permet de centrer nos préoccupations collectives sur des problèmes de santé qui ont des impacts importants sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie et qui ont été quelque peu délaissés au cours de la dernière décennie dans nos efforts de prévention. Ces tueurs négligés reviennent au cœur des préoccupations de la Commission Clair et du *Programme national de santé publique 2003-2012*, dans un contexte d'innovation et de transformation. En effet, les changements importants à venir dans le système de santé, de la première ligne en particulier avec l'arrivée des groupes de médecine familiale (GMF), constituent un contexte propice pour faire le point sur la situation régionale des principales maladies chroniques et mortelles afin d'influencer la prise de décision.

Des décisions éclairées

Nous considérons qu'une prise de décision éclairée basée sur des données solides aura un effet positif sur la santé de la population. En effet, qu'ils soient de la Régie régionale, d'un établissement ou professionnels en pratique privée, les acteurs du système de santé doivent fonder leurs décisions sur l'information la plus solide. De même, les décideurs des autres secteurs sont de plus en plus conscients des impacts de leurs actions sur la santé de la population. Ils détiennent souvent les leviers nécessaires au maintien de la santé collective, laquelle résulte autant des choix individuels que des décisions prises par de multiples acteurs du milieu.

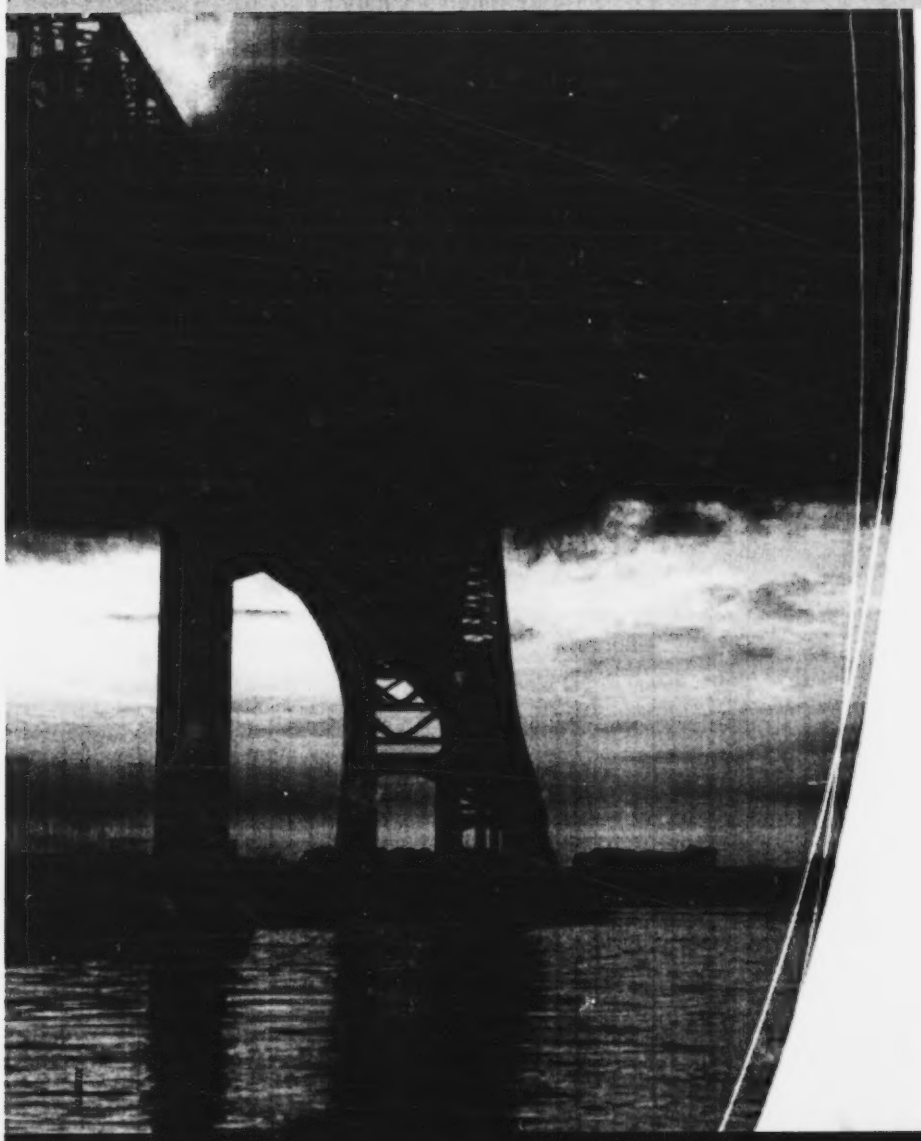
Enfin, le citoyen lui-même, s'il est bien informé, sera de plus en plus capable de contribuer à l'évolution de son milieu, de telle sorte que les choix sains soient favorisés. Nous faisons le pari qu'il sera davantage en mesure de modifier ses habitudes ou de maintenir celles favorables à sa santé par ses choix à la maison et par l'influence positive qu'il peut exercer au travail, à l'école ou dans sa communauté.

Des moyens limités

Les données présentées dans ce rapport sont celles qui étaient disponibles et accessibles au 31 décembre 2002. À moins d'indication contraire, elles proviennent de publications récentes, de banques de données existantes ou d'enquêtes sociales et de santé fédérales, provinciales ou régionales. Cette façon de procéder a été motivée par l'abondance des données déjà disponibles et par les moyens de recherche limités dont nous disposons.

Les analyses sont faites pour la plus petite unité pertinente et disponible, ce qui s'apparente généralement à la région sociosanitaire. Règle générale, ce niveau s'avère largement suffisant dans le contexte de la présente publication. Dans certains cas, les données sont présentées par districts sociosanitaires. Enfin, certaines données qui apparaissent pertinentes à la compréhension d'une problématique ou à la recherche de solutions se sont révélées inexistantes ou inaccessibles. Des recommandations sont formulées à l'intérieur même de ce rapport afin de combler ces lacunes.

Le présent rapport est divisé en quatre parties. La première dresse un portrait général de la santé de la population de la région sous l'angle de la mortalité et de la morbidité. Le lecteur y retrouvera les principales caractéristiques de la population, ses principaux problèmes de santé, les comportements liés à la santé qui conditionnent ces problèmes et la situation des services de santé au regard de ces problèmes. Les deuxième et troisième parties montrent respectivement un gros plan sur les maladies cardiovasculaires et le cancer. Enfin, la dernière partie présente des pistes de solution pour réduire les maladies chroniques dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.



Un portrait de santé sur les MALADIES CHRONIQUES : de bonnes nouvelles mais...

Les principales caractéristiques de la région et de sa population

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comprend deux territoires sociosanitaires, lesquels se trouvent séparés par le fleuve St-Laurent : la Mauricie et le Centre-du-Québec. Elle compte douze districts sociosanitaires, dont sept en Mauricie et cinq au Centre-du-Québec *(figure 1)*.

La situation démographique

Avec une population estimée à 487 084 habitants en 2002, la Mauricie et le Centre-du-Québec est la quatrième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec. Le dernier recensement de 2001 a montré que le territoire sociosanitaire Centre-du-Québec est en accroissement (1,7 %) tandis que celui de la Mauricie est en décroissance (-2,3 %). Certaines municipalités ont donc connu un accroissement de leur population alors que d'autres ont subi une diminution de leur effectif. De façon générale, c'est le milieu urbain qui s'accroît au détriment de la population rurale. Un taux d'accroissement négatif pour une région peut être associé à une certaine défavorisation socio-économique.

Notons au passage que le recensement canadien de 2001 a aussi mis en évidence une relation inverse entre le taux d'accroissement d'une région et le vieillissement de sa population. Comparativement aux 12 % de l'ensemble du Québec, la population régionale compte une plus forte proportion de personnes de 65 ans et plus, soit près de 14 %. Ce vieillissement ira en s'accentuant au cours des prochaines années.

La situation économique

Le taux d'inoccupation représente la proportion de la population de 15 ans et plus non institutionnelle qui n'occupe pas un emploi par rapport à la population totale du même âge. Ce taux mesure la vulnérabilité économique d'une partie de la population qui dépend d'un tiers ou de l'État pour l'acquisition de biens de première nécessité. À l'échelle des communautés, il est utilisé comme une mesure du niveau de développement social et économique : plus cette proportion est élevée, plus le territoire est défavorisé. Dans notre région, le taux d'inoccupation est de 47,5 %, ce qui est supérieur au Québec (44,8 %). Dans la région, 17,6 % des familles et 49,4 % des personnes vivant hors familles sont à faible revenu. Ces proportions sont semblables à celles de la population québécoise. Enfin, en 2000, 10,7 % de la population régionale était bénéficiaire de l'assistance-emploi (9,6 % au Québec) et 59 % des personnes de 65 ans et plus bénéficiaient du supplément de revenu garanti. Cette proportion était de 50 % au Québec.

En somme

La région présente une décroissance de sa population qui, de plus, est associée à un vieillissement plus marqué que celui du Québec. Sa population est relativement sous-scolarisée et vulnérable économiquement. Cette situation entraîne inexorablement des conséquences sur la santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

La population de la région est relativement sous-scolarisée et vulnérable économiquement. Cette situation entraîne inexorablement des conséquences sur la santé.

Une particularité de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec demeure la concentration de la population autochtone, principalement dans le district du Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 17 % de l'ensemble de la population de ce district, soit environ 2 800 personnes.

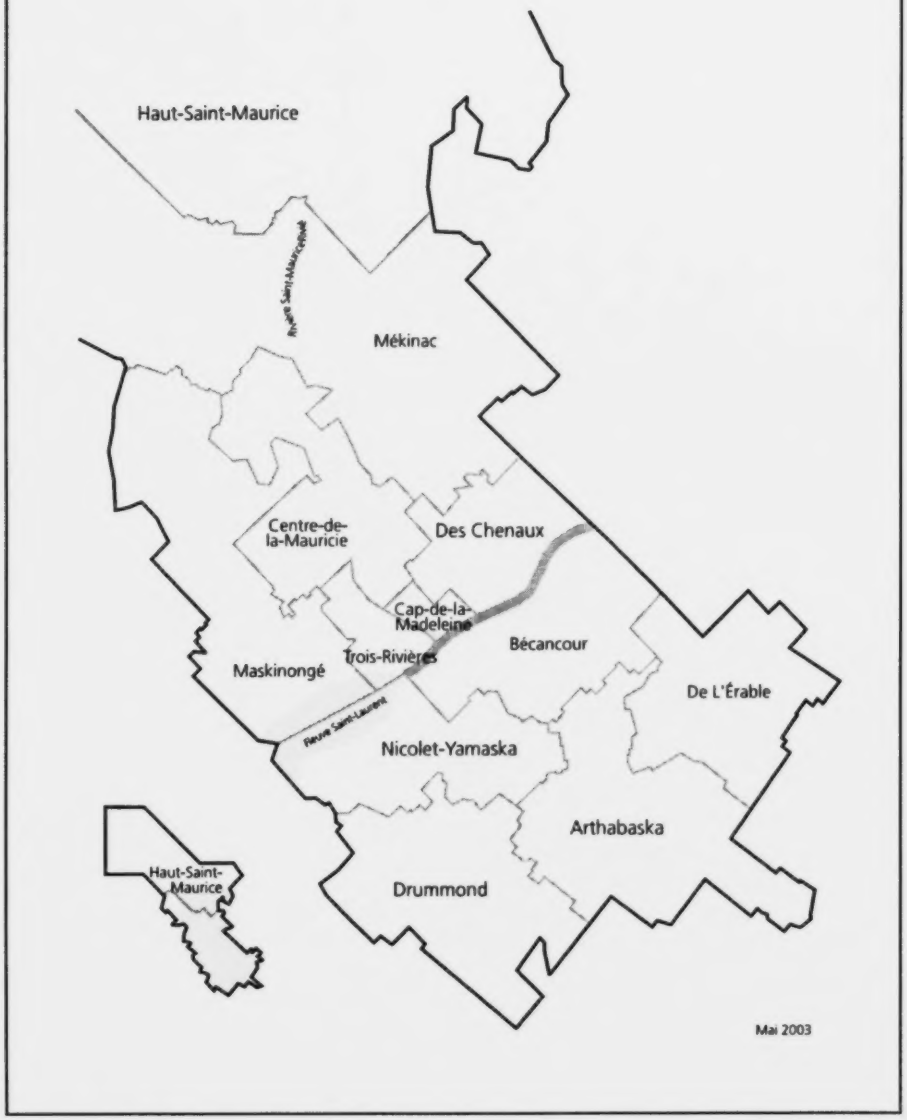
Toujours selon le dernier recensement fédéral de 2001, la région compte 133 840 familles, avec ou sans enfants. Parmi celles-ci, on dénombre 21 145 familles monoparentales et, dans 78 % des cas, le parent responsable est de sexe féminin.

La scolarisation

Malgré la présence d'une université, la population de la région marque toujours un retard par rapport au Québec pour la scolarisation. En effet, on retrouve seulement 7,7 % de la population possédant un grade universitaire comparativement à 12,2 % au Québec. Aussi, 20,8 % des personnes n'ont pas complété une 9e année alors que c'est le cas de 18,1 % au Québec. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* comparant le niveau de scolarité atteint par une personne à celui atteint par les personnes du même sexe et du même groupe d'âge confirment que cette sous-scolarisation est bien réelle et n'est pas attribuable à la structure d'âge de la population de la région.

Figure 1

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Districts sociosanitaires



L'état de santé de la population : avons-nous négligé les principaux tueurs ?

La présente section offre un portrait général de la santé physique de la population de la région et présente les principaux problèmes de santé qui ont un impact marqué sur la mortalité et la morbidité de celle-ci. Cette analyse permettra de déterminer les principales maladies chroniques sur lesquelles nous devons intervenir.

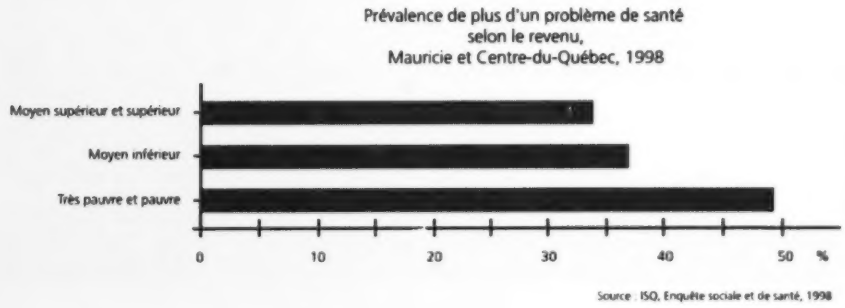
De plus en plus de problèmes

De façon générale, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est en bonne santé. Ainsi, près de la moitié de la population rapporte n'avoir aucun problème de santé chronique. Cependant, 23 % des individus déclarent avoir un problème chronique et 30 % plus d'un problème chronique[2].

Les gens moins bien nantis *(graphique 1)*, ceux se percevant en moins bonne santé et ceux déclarant une santé mentale moyenne ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux à déclarer être affectés de plus d'un problème, qu'il soit de longue ou de courte durée[3].

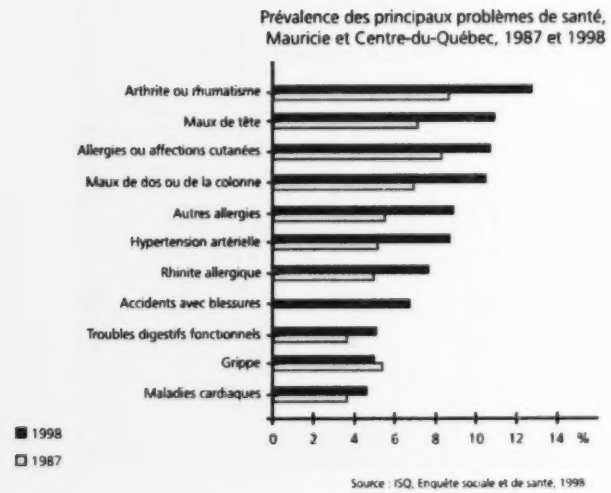
Entre 1987 et 1998, la proportion de personnes déclarant plus d'un problème de santé est passée de 27,8 % à 38,8 %. En outre, pendant cette période,

Graphique 1



Source : ISQ, Enquête sociale et de santé, 1998

Graphique 2



Source : ISQ, Enquête sociale et de santé, 1998

la prévalence de la plupart des problèmes de santé a augmenté *(graphique 2)*. Cette augmentation peut être due en partie au vieillissement de la population, à la recherche plus intensive de cas ou à l'abaissement de certains seuils diagnostiques.

Mis à part l'*Enquête sociale et de santé (ESS)* effectuée en 1998, il existe peu de données sur la prévalence des problèmes de santé au Québec. Des efforts ont été consentis récemment afin d'estimer la prévalence du diabète[4]. Cet exercice a exigé un important travail de croisements de plusieurs fichiers. Afin de pouvoir suivre l'évolution des principaux problèmes de santé avec davantage

d'exactitude, ce travail devrait être réalisé pour d'autres problèmes telles les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et bien d'autres.

La mortalité diminue, mais certaines inégalités demeurent

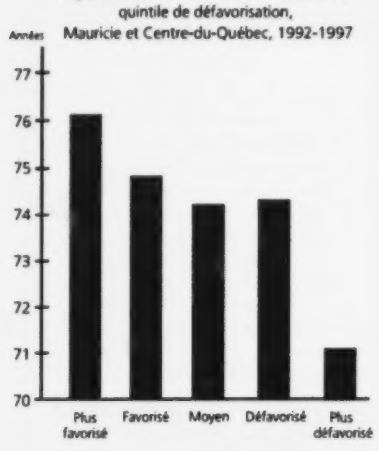
Globalement, les taux ajustés de mortalité ont diminué dans la région comme au Québec, passant de 848 par 100 000 pour la période 1984-1988 à 733 par 100 000 pour la période 1994-1998, une réduction de 14 %.

Si la mortalité globale diminue, l'analyse des différents indicateurs montre bien que certaines inégalités demeurent, principalement en ce qui concerne le niveau de défavorisation. Ainsi, au regard de l'espérance de vie, on note une différence de cinq années entre l'espérance de vie des hommes les plus riches comparée à celle des hommes les plus pauvres *(graphique 3)*.

De plus, l'analyse des taux de mortalité chez les 75 ans et moins *(graphique 4)* et des années potentielles de vie perdues selon le quintile de défavori-

Graphique 3

Espérance de vie chez les hommes selon le quintile de défavorisation, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997

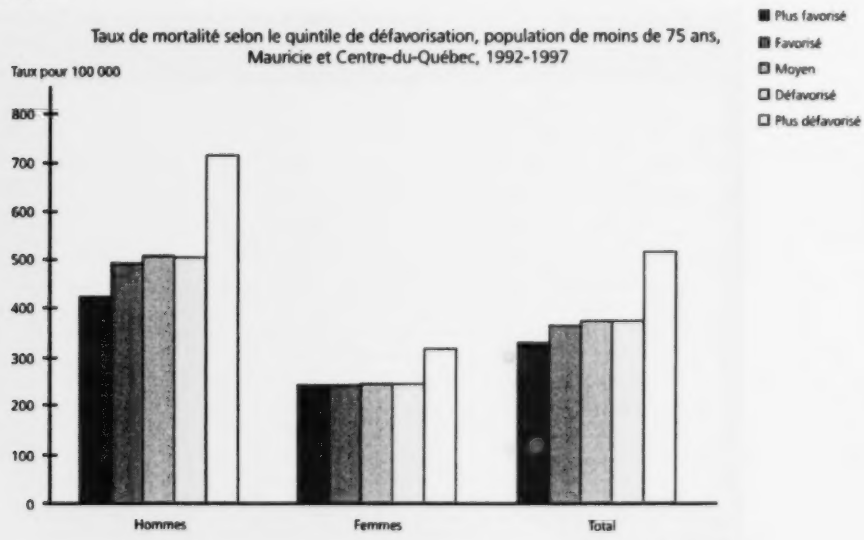


Sources : MSSS, Fichier des décès
Boisvert, Pepin, Rocheleau et Crosato, 2000

Si la mortalité globale diminue, l'analyse des différents indicateurs montre bien que certaines inégalités demeurent, principalement en ce qui concerne le niveau de défavorisation.

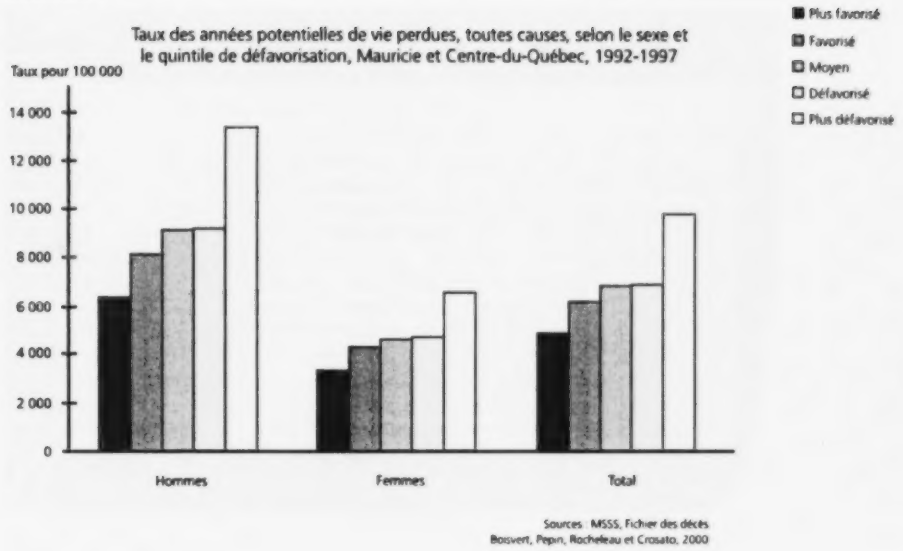
Graphique 4

Taux de mortalité selon le quintile de défavorisation, population de moins de 75 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997



Sources : MSSS, Fichier des décès
Boisvert, Pepin, Rocheleau et Crosato, 2000

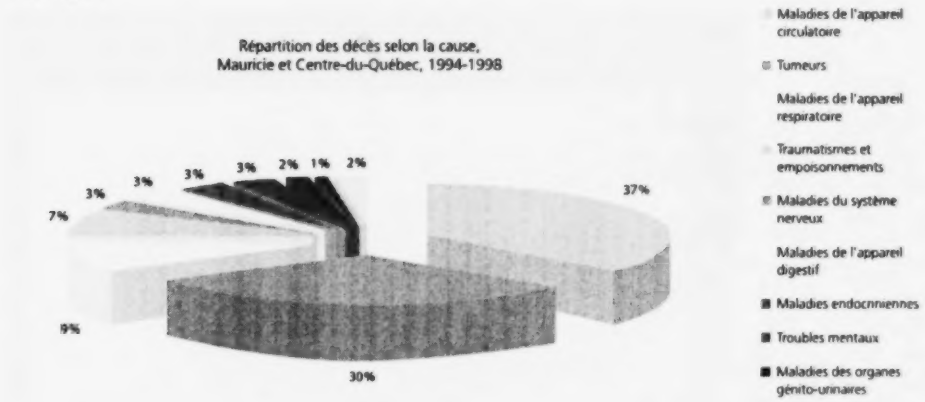
Graphique 5



Sources : MSSS, Fichier des décès
Boisvert, Pepin, Rocheleau et Crosato, 2000

sation (*graphique 5*) montre bien l'influence de la défavorisation, et ce, même sur les données aussi robustes que celles de la mortalité. Les différences les plus marquées se situent entre le quintile le plus favorisé et le quintile le plus défavorisé. Par exemple, si le taux du groupe le plus défavorisé était ramené à celui du quintile le plus favorisé, il s'agirait d'une réduction de 35 % des années potentielles de vie perdues.

Graphique 6



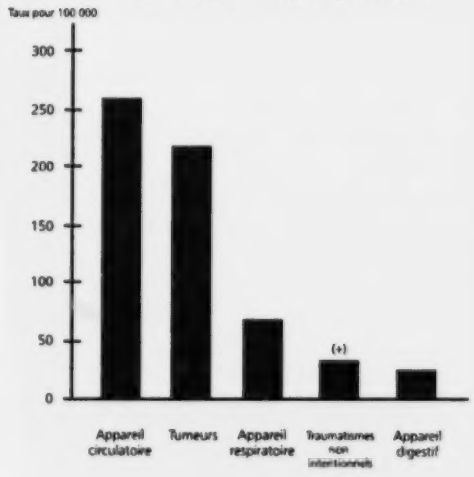
Source : MSSS, Fichier des décès

L'analyse de la mortalité par cause (nombre de décès) indique l'importance relative des tumeurs et des maladies cardiovasculaires qui représentent, à elles seules, les deux tiers de l'ensemble des décès dans la région *(graphique 6)*. Pour sa part, l'examen des taux de mortalité *(graphique 7)* et des années potentielles de vie perdues *(graphique 8)* illustre la même situation.

En fait, c'est au niveau du troisième rang que des disparités entre ces trois indicateurs de mortalité peuvent être notées. En effet, si les maladies de l'appareil respiratoire occupent le troisième rang pour ce qui est du nombre de décès et des taux ajustés de mortalité, il en va tout autrement en ce qui concerne les années potentielles de vie perdues pour lesquelles les traumatismes, qui surviennent chez des populations plus jeunes, présentent un impact marqué *(graphique 8)*. Les traumatismes feront d'ailleurs l'objet d'une publication ultérieure compte tenu de l'importance de la problématique dans notre région et des particularités des interventions à mettre de l'avant.

Graphique 7

Taux ajustés de mortalité selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



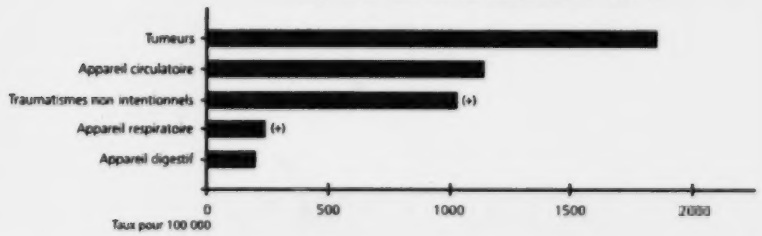
Source : MSSS, Fichier des décès
(+) Valeur statistiquement plus élevée que celle du Québec au seuil de 0,05

Lorsque l'on compare la mortalité toutes causes confondues entre les districts sociosanitaires de la région (indice comparatif de mortalité), seul le district du Haut-Saint-Maurice présente un indice significativement supérieur au Québec *(graphique 9)*. Cette situation devra faire l'objet d'explorations plus poussées. Cette surmortalité dans le district du Haut-Saint-Maurice est observée principalement chez les hommes et est attribuable au cancer du poumon, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux traumatismes.

Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires représentent à elles seules les deux tiers de l'ensemble des décès dans la région.

Graphique 8

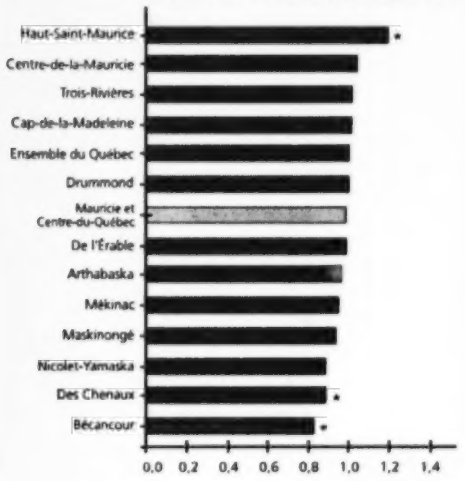
Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Source : MSSS, Fichier des décès
(+) Valeur statistiquement plus élevée que celle du Québec au seuil de 0,05

Graphique 9

Indice comparatif de mortalité selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Source : MSSS, Fichier des décès
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

La morbidité, un aspect mal documenté ?

La morbidité est un terme plutôt général pour décrire le nombre de cas (incidence ou prévalence) de maladies, incapacités ou handicaps dans une population définie[56].

Les indicateurs habituellement utilisés pour mesurer la morbidité sont les taux d'incidence des différents problèmes et les taux d'hospitalisations selon la cause.

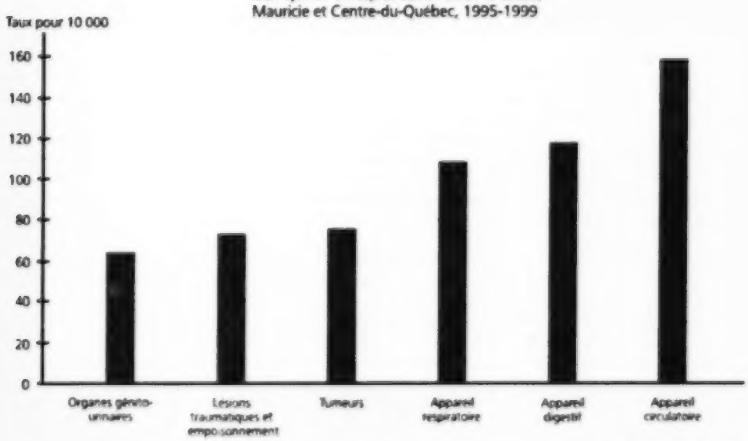
En ce qui concerne les taux d'incidence*, ils sont disponibles seulement pour les problèmes de santé faisant l'objet d'une surveillance particulière comme les cancers, les maladies à déclaration obligatoire, les intoxications et les lésions professionnelles. Cette absence de données ne permet donc pas la comparaison des incidences selon la cause. La situation de l'incidence des tumeurs sera, quant à elle, traitée dans la troisième partie du rapport portant sur le cancer.

Les données d'hospitalisation font référence à une hospitalisation en soins physiques de courte durée excluant, entre autres, la

* *Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas par rapport à la population totale au milieu de la même période.*

Graphique 10

Taux ajustés d'hospitalisation selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1995-1999



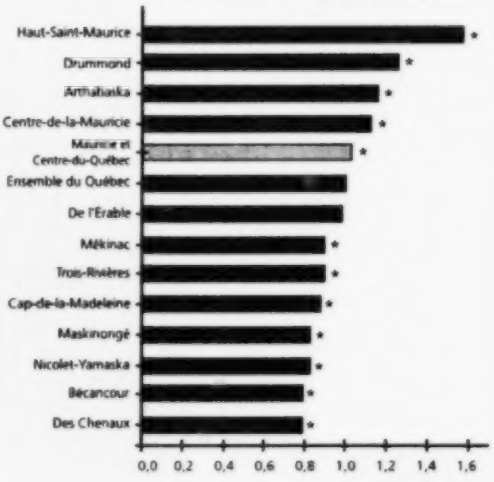
Source : MSSSS, MED-ÉCHO

chirurgie d'un jour et les troubles mentaux. Globalement, ce sont les troubles de l'appareil circulatoire qui entraînent le plus d'hospitalisations dans la région, suivis par les troubles de l'appareil digestif, les troubles de l'appareil respiratoire et les tumeurs *(graphique 10)*. Cette situation est comparable à celle de l'ensemble du Québec. Il s'agit davantage d'une information sur l'utilisation des services qu'une information sur la prévalence des problèmes de santé dans la population. Néanmoins, les hospitalisations fournissent des indications importantes sur la morbidité.

La comparaison interdistrict permet de constater qu'il existe des écarts importants entre les districts sociosanitaires de la région en ce qui a trait à l'hospitalisation *(graphique 11)*. Dans le cas du Haut-Saint-Maurice, cette surhospitalisation peut s'expliquer à la fois par les caractéristiques sanitaires de la population et par l'éloignement de certaines communautés. La situation des hospitalisations dans la région méritait d'être approfondie puisque les écarts observés ne semblent pas attribuables au hasard, ni aux caractéristiques sanitaires des populations.

Graphique 11

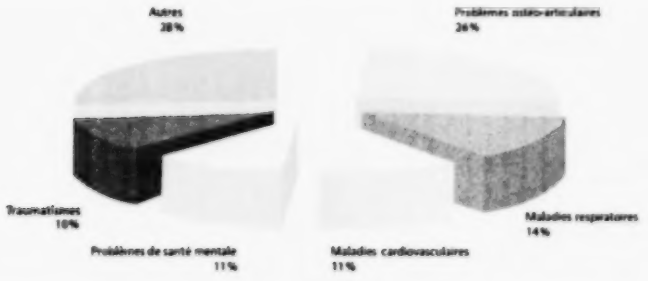
Indice comparatif d'hospitalisation selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000



Source : MSSS, MED-ÉCHO
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

Graphique 12

Principales causes de limitation des activités à long terme, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Source : ISQ, Enquête sociale et de santé, 1998

RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

La limitation des activités à long terme

Dans la région, environ 10 % de la population présente des limitations d'activités à long terme. Les causes principales des limitations d'activités sont les problèmes ostéo-articulaires (26 %), les maladies respiratoires (14 %), les maladies cardiovasculaires (11 %), les problèmes de santé mentale (11 %) et les traumatismes (10 %) (*graphique 12*)[7]. Il faut cependant préciser que les personnes âgées en centre hospitalier de soins de longue durée, qui présentent généralement des incapacités importantes, sont exclues de ces données.

En somme

La mortalité diminue de façon globale, mais certaines inégalités demeurent. En termes de mortalité, de morbidité et de limitations des activités à long terme, on peut certainement dire que les maladies cardiovasculaires sont incontournables dans l'analyse de la santé physique de la population du Québec et de la région. Les tumeurs et les maladies respiratoires suivent de près, bien que leur impact sur l'ensemble de ces indicateurs soit moins évident que dans le cas des maladies cardiovasculaires. Enfin, certaines disparités, qui restent à documenter, sont notées entre les différents districts sociosanitaires.

Les habitudes de vie et autres facteurs de risque de maladies chroniques : présage d'une catastrophe annoncée ?

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) définit les maladies chroniques de la façon suivante :

> Les principales maladies chroniques - soit les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité, auxquelles s'ajoutent les maladies buccodentaires [...] se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et un cours prolongé, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité[8].

Les principales maladies chroniques ont la particularité de partager un certain nombre d'habitudes de vie comme le démontre le tableau 1.

Les paragraphes suivants traitent de l'état actuel des principales habitudes de vie, soit le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité ainsi que de leurs liens avec les problèmes de santé dans la région. De plus, nous y décrivons la situation actuelle en matière de poids corporel.

Le tabagisme

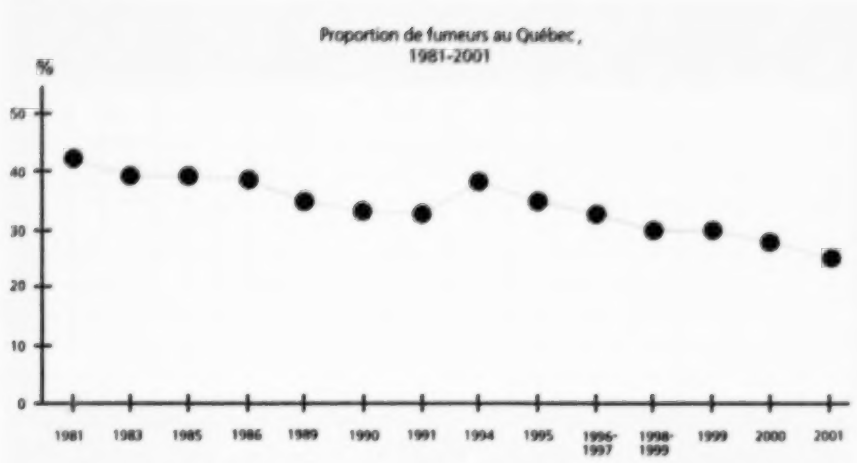
Dans la région, 34 % des gens de 15 ans et plus fumaient la cigarette en 1998. Ce qui représente environ 122 000 fumeurs. C'est dans le groupe des 25-44 ans que l'on retrouve le plus de fumeurs, soit 39 %[9]. La prévalence de l'usage de la cigarette augmente avec le niveau de pauvreté. De plus, les individus ayant une scolarité faible sont proportionnellement plus nombreux à fumer tous les jours que ceux ayant une scolarité élevée (39 % vs 24 %)[10]. Au regard de la fumée secondaire, en 1998, 41 % des 15 ans et plus de la région se disaient exposés, chaque jour ou presque, à la fumée des autres à la maison. Ce sont les jeunes de 15-24 ans qui se disaient les plus exposés à la maison (53 %). Un peu plus du quart (27 %) de la population âgée de 15 ans et plus se disait exposée chaque jour ou presque à la fumée des autres dans les lieux publics. Cette situation pourrait avoir changé depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac en 1998.

La lutte contre le tabagisme a fait de nombreux gains au Québec au cours de la dernière décennie comme le démontre le graphique 13. Ces gains sont le résultat d'une combinaison de plusieurs stratégies d'intervention allant de la modification de l'environnement et des normes sociales (les hausses des taxes, les interdictions de fumer dans les milieux de travail, la diminution de la publicité, les nouveaux avertissements sur les paquets de ci-

Tableau 1 Liens entre les principales maladies chroniques et habitudes de vie

	Tabagisme	Alimentation	Activité physique
Maladies cardiovasculaires	X	X	X
Cancer	X	X	X
Diabète type 2		X	X
Obésité		X	X
Maladies respiratoires	X		
Maladies du système locomoteur	X	X	X

Graphique 13



Sources : Enquêtes de Santé Canada et Enquête de Statistique Canada

garettes, etc.) jusqu'aux interventions cliniques individuelles (counselling et aides pharmacologiques à la cessation) et de groupes.

Toutefois, de nombreux défis demeurent. Ainsi, les jeunes Québécois continuent de fumer plus que leurs pairs du Canada. De plus, les gains ne sont pas irréversibles, comme en fait foi la hausse observée autour de 1994, moment de la réduction des taxes sur le tabac (*graphique 13*). Il faut donc redoubler de vigilance et ne jamais considérer les gains comme définitivement acquis. Les efforts de prévention devront être maintenus et même amplifiés pour encourager le statut de non-fumeur chez les jeunes. Enfin, il faut continuer à soutenir dans leurs démarches les fumeurs, jeunes et moins jeunes, qui désirent cesser de fumer.

Les efforts de prévention devront être maintenus et même amplifiés pour soutenir le statut de non-fumeur chez les jeunes. De plus, il faut continuer à soutenir dans leurs démarches les fumeurs, jeunes et moins jeunes, qui désirent cesser de fumer.

L'alimentation

Les données sur les habitudes alimentaires des Québécois sont rares. Les dernières datent du début des années 90. Une étude réalisée en 1997-1998 sur les habitudes alimentaires des Canadiens âgés de 13 à 65 ans[11] nous apprend que seuls les hommes de 13 à 34 ans satisfont aux niveaux de consommation recommandés pour les quatre groupes du *Guide alimentaire canadien*.

L'apport moyen en produits laitiers était inférieur au niveau minimum recommandé chez les femmes dans tous les groupes d'âge et chez les hommes de 35 à 65 ans. La consommation quotidienne de produits céréaliers se situait au-dessous de cinq portions pour les femmes de 50 à 65 ans et à la limite inférieure pour les femmes de 18 à 49 ans. La consommation de légumes et de fruits était inférieure aux recommandations pour les hommes de 50 à 65 ans et chez les femmes de 18 à 40 ans. De plus, la consommation d'aliments de ce même groupe demeurait aux limites inférieures des recommandations pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge. L'étude note aussi des apports faibles en viandes et substituts chez les adolescentes.

Fait important à signaler, les choix alimentaires du groupe « autres aliments » fournissaient plus de 25 % de l'apport en énergie pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge. De plus, ce même groupe fournissait au moins 30 % de la consommation en matières grasses pour les deux sexes et chez tous les groupes d'âge, sauf pour les hommes de 18-34 ans (24 %). Les auteurs concluent que la promotion de la consommation d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires devrait mettre de l'avant le remplacement des aliments riches en énergie et en gras du groupe « autres aliments » par des aliments des quatre groupes alimentaires.

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes[12], réalisée en 2000-2001, nous apprend qu'au Canada la consommation peu fréquente de fruits et légumes est associée à d'autres comportements ou états posant un risque pour la santé, notamment l'inactivité physique, l'usage du tabac, l'obésité et la dépendance à l'égard de l'alcool.

Qu'en est-il maintenant de la perception de la population par rapport à leur alimentation ? De façon générale, la population de la région perçoit qu'elle a de bonnes habitudes alimentaires. Ainsi, près de 85 % des personnes considèrent qu'elles ont de bonnes, très bonnes ou excellentes habitudes alimentaires[13]. Par contre, les personnes avec une faible scolarité ou qui se perçoivent pauvres déclarent avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires en plus grande proportion que celles ayant une scolarité élevée ou qui se perçoivent à l'aise.

La consommation de repas préparés à l'extérieur de la maison est répandue. En effet, 72 % de la population de 15 ans et plus de la région y a eu recours au moins une fois au cours d'une période d'une

Tableau 2 Fréquence de pratique d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Trois fois par mois ou moins (%)	Une à deux fois par semaine (%)	Trois fois par semaine et plus (%)
Hommes	46,0	24,6	29,5
Femmes	48,7	24,5	26,8
Sexes réunis			
15-24 ans	36,2	18,6*	45,2
25-44 ans	49,8	31,1	19,1
45-64 ans	50,4	23,2	26,4
65 ans et plus	48,7	17,8*	33,5
Total	47,3	24,5	28,2

* *Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.*

Source : ISQ, Enquête sociale et de santé 1998

semaine. De plus, 21 % de la population de 15 ans et plus a déclaré y avoir eu recours quatre fois et plus au cours de la même période, soit environ 81 000 personnes. Ces données ne sont malheureusement pas disponibles pour les enfants. Toutefois, au Québec, les enfants de 9 ans font appel à la restauration plus de cinq fois par semaine dans une proportion plus élevée que les jeunes de 13 ans et 16 ans (17 % vs 5 % vs 6 %)[14]. Les auteurs ne spécifient cependant pas si des enfants de cet âge peuvent faire spontanément la différence entre la cafétéria de l'école et un restaurant, ce que font possiblement les adolescents. Ces habitudes de consommation influenceront les interventions à mettre de l'avant pour la promotion d'une saine alimentation.

Quant à l'insécurité alimentaire*, elle touche 9 % de la population et concerne davantage les gens au sein des ménages pauvres et très pauvres (26 %)[15].

L'activité physique

Les bienfaits de la pratique de l'activité physique sont de plus en plus connus. Elle contribue, entre autres, à diminuer le risque de souffrir du diabète de type 2, de maladies cardiaques ainsi que d'ostéoporose et aide à améliorer la capacité fonctionnelle d'une population vieillissante. De manière générale, un mode de vie physiquement actif joue un rôle positif dans le maintien, l'amélioration et le recouvrement de la santé.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, près de la moitié des 15 ans et plus sont très peu actifs, c'est-à-dire qu'ils pratiquent une activité physique de loisir trois fois ou moins par mois *(tableau 2)*. Plus du quart est actif avec une pratique de trois fois et plus par semaine. Pris globalement, les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique de loisir trois fois et plus par semaine. Selon l'âge, les personnes les plus jeunes (15-24 ans) sont les plus actives durant leurs loisirs[16].

La scolarité et le revenu sont associés positivement à la pratique d'activités physiques de loisir. La marche pour fin d'exercice demeure l'activité privilégiée.

Près de la moitié des 15 ans et plus de la région rapportent une intention ferme de pratique régulière d'activités physiques de loisir au cours de la prochaine année, ce qui démontre qu'une partie de la population est sensibilisée aux bienfaits d'être actif physiquement.

Somme toute, les données régionales démontrent qu'il y a encore beaucoup trop de personnes peu actives compte tenu des effets positifs de l'activité physique sur la santé de la population. Une telle constatation et aussi le fait que la situation ait peu évolué au cours de la dernière décennie incite à maintenir les efforts de promotion auprès de la population en général et auprès de certaines

Il y a encore beaucoup trop de personnes peu actives compte tenu des effets positifs de l'activité physique sur la santé de la population.

* *Trois situations sont retenues pour évaluer l'insécurité alimentaire : la monotonie du régime, la restriction de l'apport alimentaire et l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants.*

clientèles cibles comme les jeunes et les personnes défavorisées. Dans nos efforts d'intervention, les activités de loisir ne doivent toutefois pas être les seules à considérer puisque l'activité physique domestique (à la maison), de travail et de transport contribuent elles aussi à l'activité physique totale.

Le poids corporel

Plusieurs études ont démontré l'impact du poids corporel sur le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains types de cancer. Des problèmes de santé peuvent être attribuables à un excès de poids et, à cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale une augmentation mondiale de la prévalence de l'obésité. De plus, l'obésité fait maintenant figure d'épidémie au Canada et aux États-Unis. À cet effet, le Surgeon General a d'ailleurs publié un rapport sur le sujet en 2001[17]. Dans ce rapport, la plus haute autorité de santé publique américaine exprime bien les nouvelles perspectives dans la façon d'envisager le problème de l'obésité :

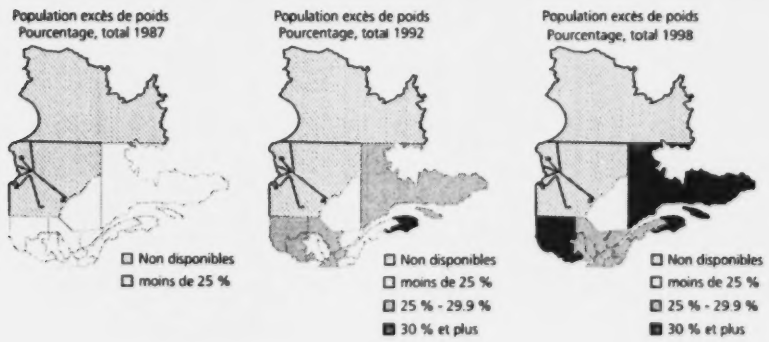
> Plusieurs personnes croient que la lutte contre l'embonpoint et l'obésité est une responsabilité personnelle. C'est en partie vrai, mais c'est aussi une responsabilité collective. Lorsqu'il n'y a pas de lieux sécuritaires et accessibles qui permettent aux enfants de jouer et aux adultes de marcher, courir ou faire du vélo, c'est une responsabilité collective. Quand les cafétérias des écoles et les distributrices n'offrent pas des aliments sains et attirants, c'est une responsabilité collective. Lorsque les femmes enceintes et les nouvelles mères ne reçoivent pas d'information sur les bienfaits de l'allaitement maternel, c'est une responsabilité collective. Quand nous n'exigeons pas d'éducation physique quotidienne dans nos écoles, c'est aussi une responsabilité collective (traduction libre).

L'obésité fait maintenant figure d'épidémie au Canada et aux États-Unis. Dans la région, près de 30 % de la population âgée de 15 ans et plus présentent un excès de poids.

Nous sommes donc passés d'approches d'éducation sanitaire, dans lesquelles l'obésité était un problème individuel avec des solutions individuelles, à des approches où l'obésité constituait un problème individuel avec des solutions collectives et, enfin, à des approches nouvelles dans lesquelles le problème et les solutions sont collectives.

Graphique 14

Proportion de la population de 15 ans et plus présentant un excès de poids selon la région sociosanitaire, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Source : ISQ, Enquête sociale et de santé, 1998
* Dans EES 1998, l'excès de poids est défini de la façon suivante :
15-19 ans IMC ≥ 25
20-80 ans IMC ≥ 27
81 ans et + IMC ≥ 29

En ce qui concerne la région, près de 30 % de la population de la région âgée de 15 ans et plus présentent un excès de poids. Il est à noter qu'à peine un quart des personnes âgées présentent un poids santé. La proportion de personnes présentant un excès de poids a eu tendance à augmenter au cours de la dernière décennie *(graphique 14)*. La présence de poids corporel problématique est associée au revenu du ménage (le poids santé étant plus répandu dans la catégorie de revenu la plus élevée que dans la catégorie disposant de plus faibles revenus) et à une plus faible scolarité[18].

Si peu de gens veulent gagner du poids, d'importantes tranches de la population veulent le diminuer (deux personnes sur cinq) ou le maintenir (près de trois personnes sur cinq). De plus, 70 % des personnes présentant un excès de poids désirent maigrir. Il est intéressant de signaler que près d'une personne sur trois ayant un poids santé désire tout de même maigrir. Par ailleurs, les principales raisons invoquées pour perdre du poids demeurent les considérations esthétiques[19].

En somme

Par rapport aux comportements liés à la santé et aux facteurs de risque qui contribuent à l'apparition des principaux problèmes de santé, la situation régionale est plutôt sombre. Le tabagisme diminue de façon générale, mais demeure élevé chez les jeunes (28 % des 15-19 ans fument). De plus, 41 % des personnes de 15 ans et plus se disent exposées à la fumée des autres à la maison. La pratique de l'activité physique demeure insuffisante (seulement 28 % de la population de 15 ans et plus de la région font de l'activité physique de loisir trois fois et plus par semaine). Enfin, en ce qui concerne l'alimentation, les observations sont paradoxales. Malgré le fait que 85 % des personnes rapportent avoir de bonnes habitudes alimentaires, le poids corporel a eu tendance à augmenter au cours de la dernière décennie puisque près de 30 % de la population âgée de 15 ans et plus présente un excès de poids.

Cependant, la volonté de modifier les habitudes de vie néfastes à la santé est bien présente chez la population. Ainsi, dans la région, plus de 170 000 personnes de 15 ans et plus (46 %) ont une intention ferme de pratiquer régulièrement une activité physique[20]. Parmi les fumeurs, 70 % désirent cesser de fumer, soit plus de 85 000 personnes dans la région. Enfin, 70 % des gens qui présentent un excès de poids veulent maigrir[21].

Il est donc primordial d'adopter des mesures préventives pour agir sur les habitudes de vie favorables à la santé et éliminer les facteurs de risque connus des problèmes de santé. Il s'avère tout aussi important de continuer à combattre les inégalités sociales qui influencent encore aujourd'hui l'état de santé des individus.

Les services de santé, un déterminant à part entière de la santé

Longtemps ignoré dans les portraits de santé et par les interventions de santé publique, le système de santé est aujourd'hui intégré comme un déterminant de la santé à part entière. Le système est vu ici non en termes de performance du système, mais davantage dans la capacité de permettre le recouvrement de la santé et d'atténuer les conséquences négatives des maladies.

Comme le présent rapport porte principalement sur l'état de santé de la population, l'analyse sera donc restreinte aux indicateurs dont le dénominateur est la population. Ainsi, certains indicateurs, comme le taux de visites en salle d'urgence suite à une admission, qui ont le patient comme dénominateur sont exclus de la présente analyse. Les indicateurs retenus sont la morbidité évitable, la mortalité évitable et la disponibilité de certaines interventions importantes pour la qualité de vie des personnes.

La morbidité évitable

L'indicateur disponible pour mesurer la morbidité évitable est le taux d'hospitalisations évitables.

Les hospitalisations évitables permettent de connaître quelle est la proportion des hospitalisations qui auraient pu être évitées par une meilleure performance du système de santé. Elles permettent de porter un jugement sur les soins de première ligne puisqu'elles concernent des conditions médicales qui peuvent être traitées dans ce contexte. Ces conditions médicales sont, par exemple, un appendice rompu, une gangrène ou un ulcère perforé. La liste complète de ces conditions médicales est présentée à l'annexe 1[22]. Une augmentation des hospitalisations pour ces conditions peut traduire, entre autres, une diminution de l'accès aux services de première ligne.

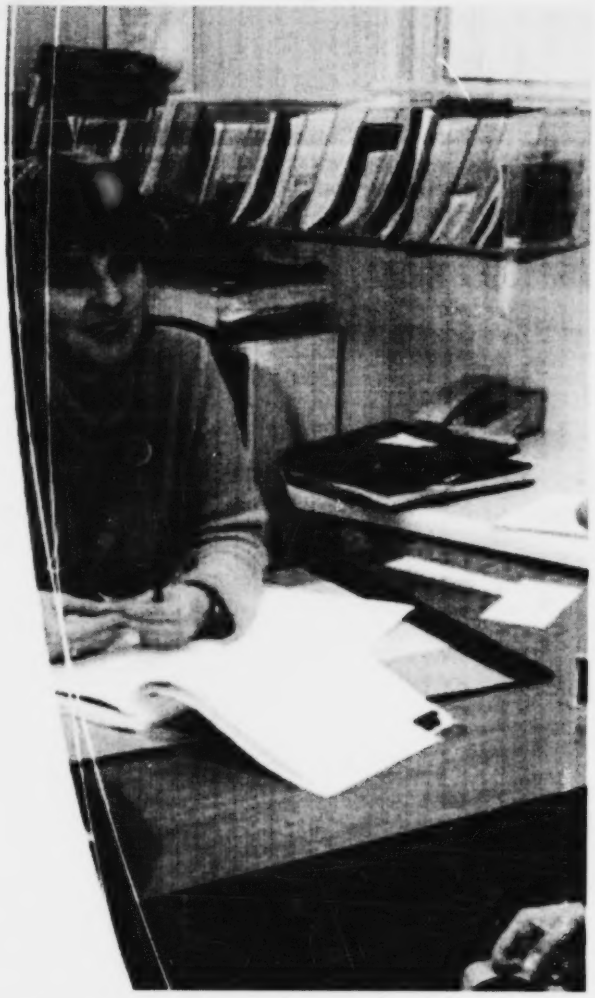
De façon générale, il y a eu plus d'hospitalisations évitables dans la région comparativement au Québec pour les périodes de 1991 à 1995 et de 1995 à 1999. Toutefois, on note une diminution importante du taux régional pendant cette période passant de 65,6 par 10 000 à 59,8 par 10 000. De plus, lorsqu'on ajoute l'année 1999-2000 à l'analyse, le taux régional diminue à 56,6 par 10 000 pour la période 1997-2000, soit un taux presque identique à celui du Québec pour la même période (55,9 par 10 000) *(graphique 15)*.

En ce qui concerne les taux selon les différentes conditions médicales, on observe que la région se positionne bien pour certaines causes et moins bien pour d'autres. Ainsi, ce sont les hospitalisations évitables pour insuffisance cardiaque, pneumonie et appendice rompu qui sont statistiquement plus élevées dans la région qu'au Québec pour la période 1997-2000. La région présente cependant un taux avantageux d'hospitalisations évitables pour l'asthme par rapport à celui du Québec *(tableau 3)*.

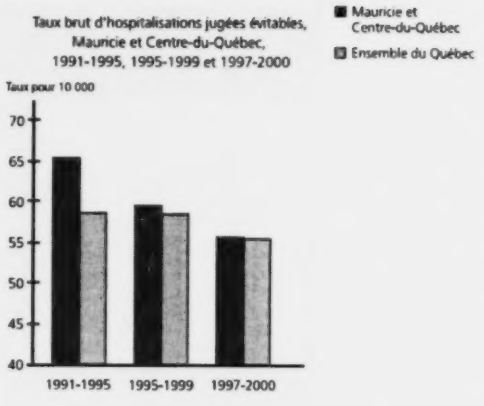
Lorsque l'on regarde les nombres moyens d'hospitalisations jugées évitables, ce sont plus de 2 700 hospitalisations qui sont jugées évitables dans notre région chaque année sur un total de près de 48 000. De plus, on remarque que l'insuffisance cardiaque compte pour plus du tiers de ces hospitalisations évitables *(graphique 16)*.

La mortalité évitable

La région compte près de 4 000 décès chaque année. Quelle proportion parmi ceux-ci pourrait être évitée ? L'indicateur habituellement utilisé pour répondre à cette question, la mortalité évitable, considère évitable tout décès pour certaines causes pour les moins de 65 ans.



Graphique 15



Source : MED-ÉCHO

Tableau 3 **Taux d'hospitalisations jugées évitables selon la condition médicale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000**

Condition médicale	Taux région 04	Taux du Québec
Ensemble des causes (tous âges)	56,6	55,9
Insuffisance cardiaque (18 ans et plus)	(+) 25,1	23,8
Diabète (18 ans et plus)	7,7	8,2
Cellulite (18 ans et plus)	8,1	8,3
Asthme (5-49 ans)	(–) 5,9	7,5
Pneumonie (5-49 ans)	(+) 7,3	6,4
Pyélonéphrite (18 ans et plus)	5,8	5,9
Phlébite sans embolie pulmonaire (18 ans et plus)	4,4	4,6
Ulcère perforé (18 ans et plus)	3,4	3,2
Appendice rompu (tous âges)	(+) 3,2	2,6

Source : MSSS, MED-ÉCHO

(+) Valeur statistiquement plus élevée que celle du Québec au seuil de 0,05
(-) Valeur statistiquement plus faible que celle du Québec au seuil de 0,05

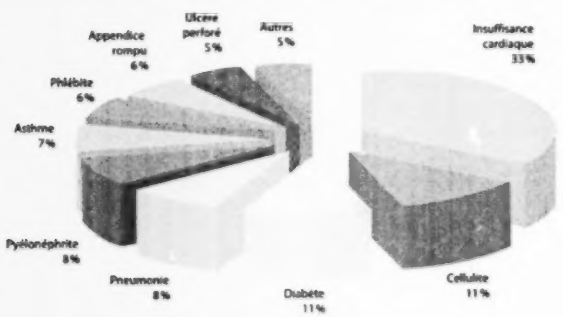
Cet indicateur se décrit comme suit :

> Les décès évitables sont identifiés à partir de l'âge du décédé et de la cause initiale du décès définie selon la CIM-9*. La sélection des maladies repose sur deux principes généraux : des interventions connues et efficaces existent et des soins appropriés peuvent être dispensés (Holland et al., 1997). [...] Pour la plupart des maladies retenues et pour les groupes d'âge considérés, une grande part des décès devrait pouvoir être évitée, compte tenu d'interventions médicales appropriées en temps utile. Une fréquence élevée de décès pour ces pathologies peut ainsi servir de révélateurs de certaines inadaptations et justifier le déclenchement d'investigations[23].

* *Classification internationale des maladies*

Graphique 16

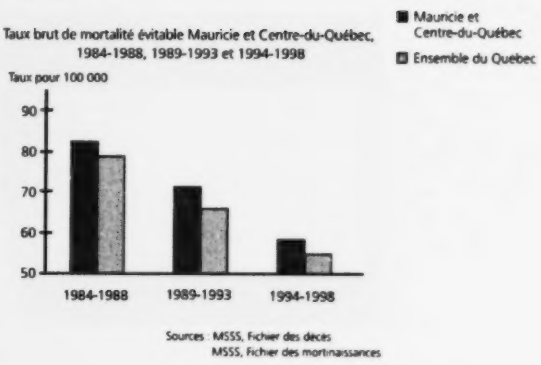
Répartition des hospitalisations évitables selon la cause, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000



Source : MSSSS, MED-ÉCHO

Pour bâtir l'indicateur de mortalité évitable, on ne considère cependant que les décès pour lesquels le système de soins aurait pu contribuer à éviter et non ceux que la prévention du problème de santé aurait pu permettre d'éviter. On y retrouve donc la maladie d'Hodgkin pour laquelle des traitements efficaces sont disponibles, mais peu d'interventions de prévention. À l'inverse, le cancer du poumon ne s'y retrouve pas, compte tenu du pronostic lié à la maladie alors que celle-ci est clairement évitable par des actions sur le tabagisme, par exemple. La liste exhaustive des causes de décès évitables est présentée à l'annexe 2. Selon cet indicateur, 250 des 4 000 décès de la région seraient évitables par année par une meilleure performance du système de soins.

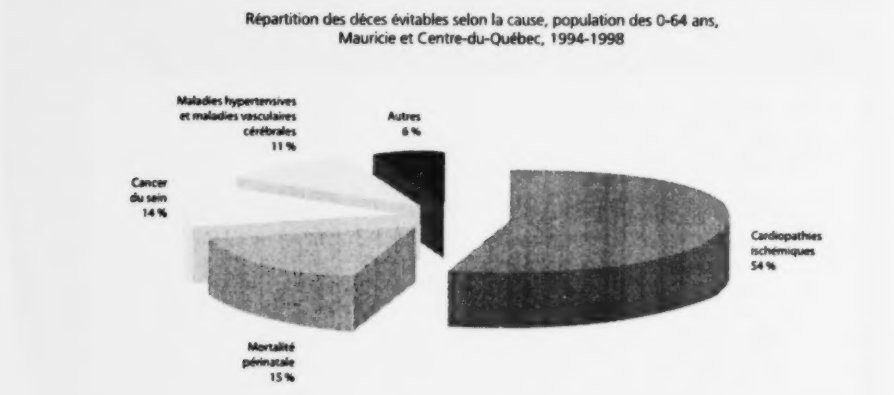
Graphique 17



Les taux de mortalité évitable n'ont cessé de diminuer au cours des deux dernières décennies, tant au Québec que dans la région. Toutefois, la région présentait, jusqu'à tout récemment, des taux de mortalité évitable plus élevés que ceux de la province. Cette situation se serait toutefois corrigée au cours des dernières années *(graphique 17)*, les taux de la région n'étant plus statistiquement différents de ceux de la province.

Chez les moins de 65 ans, près de 55 % des décès évitables dans la région sont dus aux cardiopathies ischémiques, suivies par la mortalité périnatale (15 %), le cancer du sein (14 %), l'hypertension artérielle et les maladies vasculaires cérébrales (11 %) *(graphique 18)*. Si l'on considère enfin que l'hypertension artérielle et les maladies vasculaires cérébrales (MVC) font partie de la grande famille des maladies cardiovasculaires, c'est donc près des

Graphique 18



Source : MSSS, Fichier des décès

deux tiers des décès évitables par le système de santé qui concernent les maladies cardio-vasculaires (MCV).

L'analyse par districts sociosanitaires des taux ajustés de mortalité évitable révèle que le district de Mékinac se distingue avec un taux statistiquement plus bas que celui de la province *(graphique 19)*.

De façon générale, si l'on considère l'ensemble de la mortalité évitable, et pas seulement celle évitable par le système de soins, les données sont beaucoup moins abondantes. On sait que le tabagisme, les habitudes alimentaires inadéquates et la sédentarité représenteraient les trois premières causes réelles de tous les décès, le tabagisme étant la cause évitable de mortalité la plus importante[24].

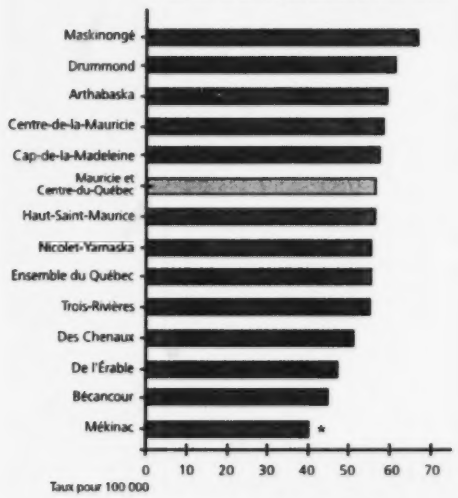
Inversement, l'abstinence tabagique, une saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques et le maintien d'un poids santé sont des facteurs de protection contre plusieurs maladies chroniques[25].

De son côté, l'OMS considère que dans l'état actuel des connaissances, il serait possible de prévenir le tiers des cancers. De plus, la détection précoce et les traitements pourraient permettre d'en guérir un autre tiers[26]. Afin de refléter cette réalité, un indicateur de mortalité évitable par la prévention et la promotion a été développé par la Direction de santé publique de la Montérégie *(annexe 3)*. Il est bâti sous la même forme que l'indicateur habituel de mortalité évitable, mais la sélection des causes est différente puisque l'on tient compte des possibilités de prévenir le problème. On y retrouvera donc la mortalité par cancer du poumon, un cancer éminemment « prévenable », mais qui était exclu de l'indicateur habituel puisque le système avait peu à offrir pour le guérir. À l'inverse, la mortalité par maladie d'Hodgkin est exclue de l'indicateur de mortalité évitable par la promotion et la prévention puisque l'on connaît peu la façon de la prévenir. Bien que perfectible, cette tentative de définir la mortalité évitable par la prévention n'en demeure pas moins intéressante.

Dans la région, deux tiers des décès évitables par le système de santé concernent les maladies cardio-vasculaires (MCV).

Graphique 19

Taux de mortalité évitable, population des 0-64 ans selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Sources : MSSS, Fichier des décès
MSSS, Fichier des mortinaissances
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

Dans cet ordre d'idées, le graphique 20 présente, selon la cause, la mortalité évitable par la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Selon cet indicateur, 800 des 4 000 décès de la région sont évitables par la prévention et la promotion, soit un décès sur cinq. Globalement, la région présente un nombre de décès évitables par la promotion et la prévention significativement plus élevé que le Québec. Les causes de décès surreprésentées dans la région sont les traumatismes impliquant des véhicules moteurs et autres formes de traumatismes, l'obstruction chronique des voies respiratoires et le cancer du poumon et des bronches.

Lorsque l'on analyse cet indicateur par districts sociosanitaires *(graphique 21)*, on constate que c'est principalement le territoire de la Mauricie, donc la partie nord de la région, qui présente une surmortalité évitable par la prévention et la promotion.

plus particulièrement les districts du Haut-Saint-Maurice, du Centre-de-la-Mauricie et de Maskinongé.

Il est à noter que les indicateurs de mortalité évitable par le système de soins et de mortalité évitable par la promotion et la prévention ne sont pas mutuellement exclusifs et que les décès par certaines maladies cardiaques, par exemple, sont comptabilisés dans les deux indicateurs.

Les interventions dites pertinentes

Les interventions dites pertinentes font référence à des interventions nécessitant une hospitalisation (y compris les soins d'un jour) et dont les bénéfices sont importants pour la qualité de vie, comme le pontage coronarien et le remplacement total de la hanche (la liste des interventions est présentée à l'annexe 4). Dans la région, les taux d'interventions dites pertinentes ont augmenté entre la période pré-transformation (1991-1995) et celle de la post-transformation (1995-1999) du système de santé passant de 81,2 par 10 000 à 133,3 par 10 000, soit une hausse de plus de 60 %. Les données de la région se comparent avantageusement à celles de la province qui sont passées pour la même période d'un taux de 67,1 par 10 000 à 105,8 par 10 000. Les augmentations notées au cours des dernières années concernent surtout les traitements pour la cataracte et la rétinopathie qui sont passés de 9,2 par 10 000 en 1989-1990 à 74,7 par 10 000 en 1998-1999 au Québec[27].

Ici encore, les taux varient considérablement d'un district sociosanitaire à l'autre *(graphique 22)*.

La satisfaction envers les services de santé

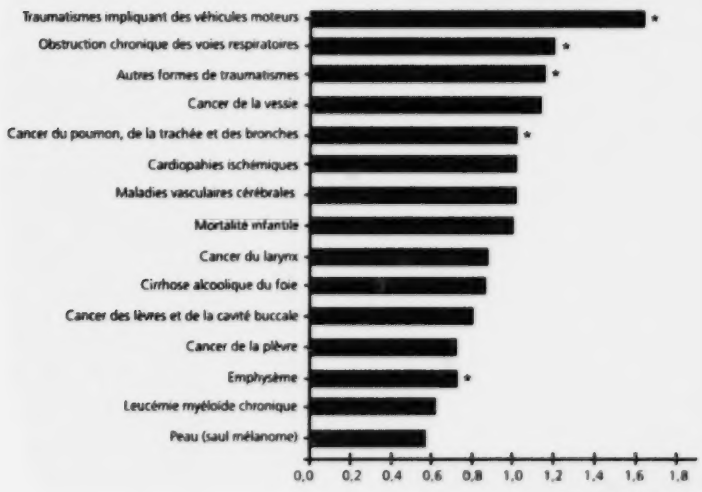
Pour ce qui est des services de santé en général, l'*Enquête sociale et de santé 1998* indique que 73 % des gens de 15 ans et plus se sont dits satisfaits des services de santé offerts dans la région. Il n'y a pas de différence de satisfaction que l'on ait consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

En somme

Globalement, les hospitalisations et les décès évitables permettent de jauger la capacité du système de santé à réagir adéquatement à des problèmes de santé fréquents et importants, pour lesquels des interventions cliniques efficaces sont disponibles. On peut donc dire que la performance du système s'est globalement améliorée au chapitre des hospitalisations et des décès évitables

Graphique 20

Indice comparatif de mortalité évitable par la prévention et la promotion selon la cause, population des 0-74 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998

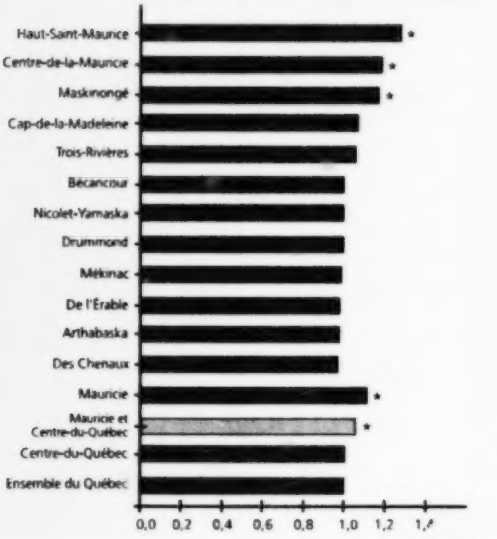


Source : MSSS, Fichier des décès

*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

Graphique 21

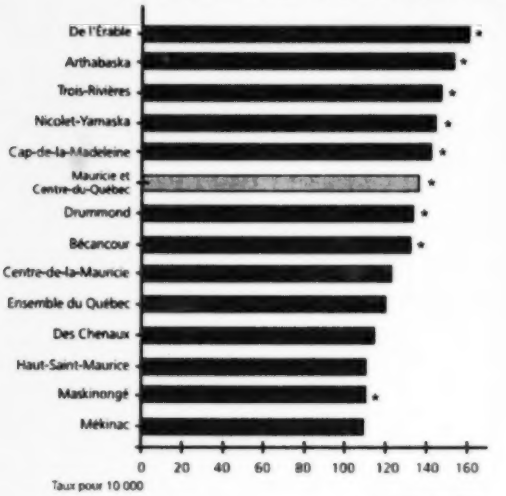
Indice comparatif de mortalité évitable par la prévention et la promotion selon le district socio-sanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Source : MSSS, Fichier des décès
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

Graphique 22

Taux ajusté d'interventions pertinentes selon le district sociosanitaire, population de 18 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000



Source : MSSS, MED-ÉCHO
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

au cours des dernières années dans notre région.

Dans son rapport annuel 2000, la Direction de santé publique de Montréal-Centre arrive aux mêmes conclusions pour sa région :

> La performance du système s'est globalement améliorée au chapitre des hospitalisations évitables entre 1994 et 1998. Malgré des tensions dont tous sont conscients et soucieux, la situation actuelle est meilleure qu'au départ. Il faut souligner l'apport des diverses formes d'intervention, préventive ou curative, permettant d'agir en amont et de réduire d'autant la pression sur les ressources hospitalières. Il en va de même pour les taux de mortalité évitable, enregistrés dans des situations qui ne devraient pas se produire, compte tenu de l'efficacité des services disponibles. On observe globalement une baisse du taux de mortalité évitable au cours de la période [...][8].

Toutefois, des gains restent à faire puisqu'encore aujourd'hui, dans notre région, plus de 250 décès et 2 700 hospitalisations par année sont jugés évitables. De plus, il apparaît qu'environ 800 décès sont considérés évitables par la promotion et la prévention.

Enfin, dans notre région, un nombre croissant d'interventions importantes pour la qualité de vie sont réalisées.

2

Un gros plan sur les maladies CARDIOVASCULAIRES

En Amérique du Nord, la mortalité attribuable à la cardiopathie ischémique a diminué de façon régulière depuis les années 60. On estime qu'entre 1980 et 1990, la diminution aux États-Unis a été attribuable à 25 % aux mesures de prévention primaire, 29 % aux mesures de prévention secondaire et 43 % à l'amélioration des traitements[28].

Au Canada, le taux de prévalence élevé des principaux facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, hypertension, dyslipidémie, obésité et diabète) continue d'entretenir l'épidémie de maladies cardiovasculaires (MCV). À l'exception du tabagisme, on n'observe aucune amélioration sensible de la situation par rapport à ces facteurs. Chez l'adulte, les plus récentes données nationales sur les facteurs de risque qui nécessitent un suivi personnel, tels que la tension artérielle, la glycémie dans le cas du diabète, les lipides sanguins ainsi que le poids et la taille dans le cas de l'obésité, datent de plus de dix ans[29].

Le taux de prévalence élevé des principaux facteurs de risque continue d'entretenir l'épidémie de maladies cardiovasculaires.

RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les dernières enquêtes canadiennes de santé cardiovasculaire de 1985-1990 ont révélé que 41 % des hommes et 33 % des femmes de 18 à 74 ans présentaient au moins deux facteurs de risque majeurs de MCV (tabagisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, sédentarité ou obésité). Le risque de maladies cardiovasculaires croît en fonction du nombre de facteurs de risque[31].

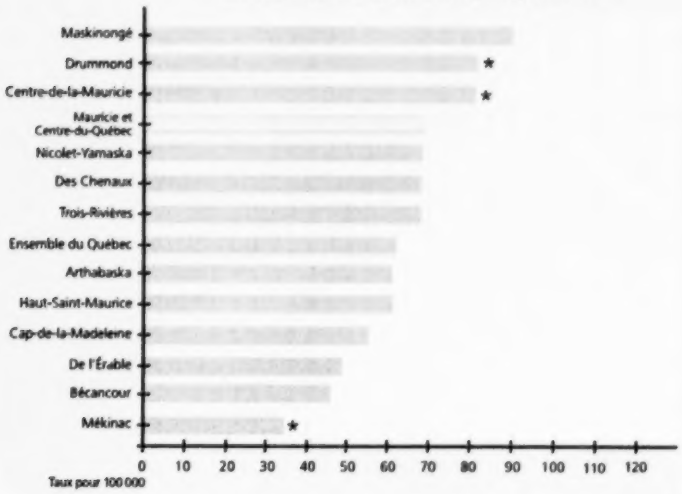
Au Québec, nous disposons de données détaillées sur les décès et les hospitalisations attribuables aux maladies cardiovasculaires. Par contre, on manque actuellement de données sur d'autres résultats tels que l'incidence, la prévalence et la qualité de vie pour planifier et évaluer les interventions de prévention et de traitement.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les MCV causent plus de 1 400 décès par année. De ce nombre, 135 décès par cardiopathies ischémiques sont considérés comme évitables annuellement par le système de soins. Lorsque l'on regarde la situation par districts sociosanitaires, les districts de Drummond et du Centre-de-la-Mauricie présentent des taux de mortalité évitable par cardiopathies ischémiques statistiquement plus élevés que celui de la région. À l'opposé, le district de Mékinac offre un taux significativement plus bas que celui de la province *(graphique 23)*. Les hospitalisations pour insuffisance cardiaque comptent pour plus du tiers des hospitalisations évitables de la région. On considère généralement que ces hospitalisations auraient pu être évitées par des soins de première ligne appropriés.

Les MCV constituent une problématique qui préoccupe la santé publique depuis plusieurs décennies. Elles font toutefois l'objet d'un intérêt renouvelé au cours des dernières années, et ce, pour deux principales raisons. Tout d'abord, l'émergence des facteurs de risque chez les adolescents et, ensuite, certaines évidences qui nous permettent de croire que la gestion actuelle des cas d'hypertension, de diabète et de dyslipidémies est pour le moins sous-optimale.

Graphique 23

Taux de mortalité évitable par cardiopathies ischémiques selon le district sociosanitaire, population de 35-64 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Source : MSSS, Fichier des décès
*Indique un taux comparatif statistiquement différent du Québec

L'émergence des facteurs de risque chez les adolescents

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (ESSEA)* suggèrent un profil inquiétant de facteurs de risque de MCV chez les jeunes Québécois. Malheureusement, aucune donnée régionale n'est disponible à partir de cette enquête.

Au Québec, 22 % des jeunes de 9 ans et 54 % des jeunes de 16 ans possèdent au moins un facteur de risque de maladies cardiovasculaires*. La proportion de jeunes qui cumulent deux facteurs de risque ou plus augmente avec l'âge, passant de 9 % à 16 % entre 13 ans et 16 ans. On observe de plus que la relation entre les facteurs de risque cardiovasculaires et le niveau socio-économique se manifeste dès l'adolescence[32].

Les habitudes de vie

En ce qui concerne la pratique de l'activité physique, la majorité des enfants et des adolescents québécois n'ont pas une pratique d'activités physiques suffisante. En effet, l'adhésion aux recommandations de pratique de Kino-Québec regroupe 43 % des garçons de 13 ans et 40 % des garçons de 16 ans ainsi que 29 % des filles de 13 ans et 21 % de celles de 16 ans. Il est à noter que les exigences pour être déclaré suffisamment actif sont plus élevées chez les jeunes que pour les adultes. Enfin, il est intéressant de constater que le statut socio-économique n'influence pas le niveau de pratique d'activités, mais le choix des activités.

Certaines données quant au tabagisme ont déjà été présentées. Rappelons seulement, qu'en 1999, 16 % des garçons âgés de 13 ans et 33 % de ceux de 16 ans étaient des fumeurs débutants ou actuels. Chez les filles, ces proportions passent à 22 % chez les 13 ans et à 42 % chez les 16 ans.

On constate un profil inquiétant de facteurs de risque de MCV chez les jeunes Québécois.

Toujours selon l'ESSEA, l'usage de la cigarette, tant par les parents et la fratrie que par les amis, est associé à celui des adolescents de 16 ans. Les jeunes fumeurs actuels sont plus nombreux à compter des fumeurs dans leur entourage familial ou leur réseau d'amis. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation de ces relations puisque bien d'autres facteurs entrent en jeu tels le niveau socio-économique, l'origine ethnique, le sexe, l'attitude des parents face au tabagisme, etc.

Par ailleurs, la détresse psychologique et la faible estime de soi sont toutes deux associées à l'usage de la cigarette chez les jeunes de 16 ans.

Cependant, agir sur l'estime de soi n'aurait qu'un impact limité puisque seulement 30 % des jeunes fumeurs actuels ont une estime de soi faible. De même, en ciblant seulement les jeunes dont le niveau de détresse psychologique est élevé, on exclurait une majorité de jeunes en proie à devenir des fumeurs actuels puisque 70 % des fumeurs actuels présentent un niveau de détresse psychologique faible ou moyen. Les jeunes qui consomment de l'alcool ou de la drogue, ou les deux, fument dans une plus grande proportion que ceux qui ne consomment aucune de ces substances.

Concernant le tabagisme à la maison, plus de 50 % des enfants québécois de 9, 13 et 16 ans vivent dans un foyer où personne ne fume à l'intérieur[33].

* *Neuf facteurs de risque sont considérés dans cette étude : tabagisme, inactivité, obésité, C-LDL élevé, C-HDL bas, triglycérides élevés, glycémie limite, TA systolique élevée et TA diastolique élevée.*

Les autres facteurs de risque de MCV

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* indique une progression de la prévalence de l'obésité et de l'excès de poids chez les garçons et les filles. L'association entre le poids des parents et celui des enfants est clairement démontrée[35].

L'ESSEA a aussi permis de décrire, pour la première fois depuis trente ans au Canada, la distribution des valeurs des lipides plasmatiques, de la tension artérielle et de la glycémie au sein de la population des enfants et des adolescents. Cette enquête montre que ces facteurs de risque apparaissent très tôt chez les jeunes[35].

Cette étude permet de dégager que deux facteurs influencent grandement la distribution des lipides plasmatiques, de la tension artérielle et de la glycémie chez les enfants et les adolescents : le profil des parents pour ces mesures et le poids de l'enfant ou de l'adolescent (lui-même associé au poids des parents).

De plus, nous avons vu que l'excès de poids et l'usage de la cigarette sont aussi liés aux habitudes des parents. Toute initiative visant à réduire le risque de MCV ultérieures chez les enfants et les adolescents devra tenir compte de cette réalité.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

La gestion des cas d'hypertension, de diabète et de dyslipidémies

L'hypertension

En 1997, on estimait que 22 % des Canadiens âgés de 18 à 74 ans souffraient d'hypertension[36]. Appliquées à notre région, ces données nous amènent à croire que plus de 75 000 personnes âgées de 18 à 74 ans et plus souffrent d'hypertension. Parmi celles-ci, 58 % sont diagnostiquées, soit près de 44 000 personnes, et 42 % ne le sont pas, soit environ 31 500 personnes.

Ces données sont cohérentes avec celle présentée dans l'ESS 1998 et selon laquelle la prévalence rapportée de l'hypertension est de 8,7 % dans l'ensemble de la population de notre région, soit plus de 41 000 personnes[37].

Le contrôle de l'hypertension est sous-optimal au Canada (*graphique 24*). Ainsi, parmi l'ensemble des hypertendus, 19 % sont diagnostiqués mais non traités, 23 % sont traités mais non maîtrisés et seulement 16 % sont diagnostiqués, traités et maîtrisés[39]. Donc, selon ces données, plus de 63 000 personnes dans notre région souffrent d'hypertension, mais ne bénéficient pas d'un traitement optimal, soit parce qu'elles ne sont pas diagnostiquées ou encore qu'elles ne sont pas maîtrisées.

Or, le fait de recourir aux antihypertenseurs et de réduire de 5 à 6 mm Hg la TA diastolique peut réduire le risque d'accident cardiovasculaire (ACV) de 42 % et celui d'événement coronarien de 16 % chez l'hypertendu d'âge moyen. De plus, chez les 60 ans et plus, la réduction de la mortalité totale serait de 20 %, la mortalité cardiovasculaire de 33 %, l'incidence d'ACV de 40 % et l'incidence de la coronaropathie de 15 %[39].

Le diabète

En 2000-2001, un professionnel de la santé avait posé un diagnostic de diabète (diabète gestationnel non compris) chez 4,1 % des Canadiens de 12 ans et plus[40]. Si les tendances actuelles se poursuivent, le diabète de type 2 augmentera au Canada à cause du vieillissement de la population et de l'augmentation des taux d'obésité.

On estime que 30 à 50 % des individus atteints de diabète de type 2 ignorent leur état.

Au Québec, en 1998, c'est 2,8 % de la population qui rapportait souffrir de diabète, en augmentation par rapport à 1987 où 1,6 % rapportait ce problème. Dans la région, c'est 3,6 % qui déclarent avoir ce problème de santé, soit environ 18 000 personnes[41]. Ces prévalences ne seraient que la pointe de l'iceberg puisque que l'on estime que 30 à 50 % des individus atteints de diabète de type 2 ignorent leur état[42].

Le dépistage systématique (ou de masse) du diabète de type 2 dans la population générale n'est pas recommandé par les groupes d'experts. Toutefois, le dépistage du diabète de type 2 chez les personnes à risque ou qui ont des problèmes liés au diabète devrait être avantageux et réduire les coûts du système de santé[43].

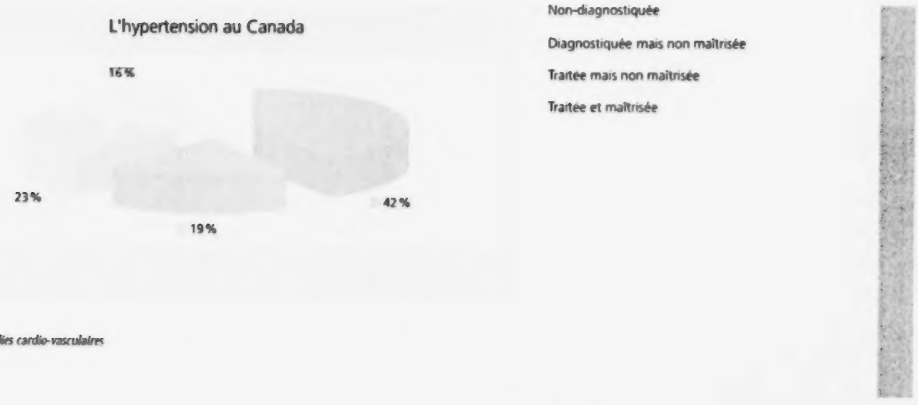
Les dyslipidémies

L'intérêt pour les dyslipidémies en prévention des MCV vient du fait que l'hypercholestérolémie, en particulier un taux élevé de cholestérol lié à des lipoprotéines de basse densité (LDL), est étroitement associée à la gravité de l'athérosclérose des artères coronaires et constitue un important prédicteur du risque de cardiopathie ischémique clinique. Selon les données fournies par les *Enquêtes sur la santé cardiovasculaire de 1985-90*, chez 45 % des hommes et 43 % des femmes, le taux de cholestérol plasmatique était supérieur à 5,2 mmol/L. La prévalence actuelle des dyslipidémies n'est pas disponible.

Le calcul du risque total de MCV est fait à partir des tables de Framingham, sauf pour les personnes avec une histoire de MCV ou diabétiques qui sont considérées d'emblée comme à très haut risque. C'est à partir de ce calcul que l'on détermine le niveau de risque de MCV et, conséquemment, les niveaux spécifiques de lipides qui devraient être atteints pour réduire le risque de MCV. Ces tables tiennent compte de l'âge, du niveau de cholestérol, du niveau de HDL-C et de la pression artérielle systolique et du statut tabagique de la personne, mais ne tiennent pas compte de l'ethnicité, de l'histoire familiale de MCV, de l'obésité abdominale, de l'indice de masse corporelle, de la sédentarité, de la ménopause et des facteurs émergents tels que l'homocystéine et la lipoprotéine (a)[4].

Pour les patients de très haut ou de haut risque, la pharmacothérapie doit être initiée le plus tôt possible. Le changement d'habitudes de vie doit être concomitant au traitement pharmacologique. Les patients dont le risque est modéré sont traités avec des modifications de styles de vie. La médication doit être instaurée si les valeurs cibles des lipides ne sont pas atteintes après trois mois de changement d'habitudes de vie. Les patients présentant un risque bas sont traités avec la modification des habitudes de vie. La médication doit être instaurée si les valeurs cibles des lipides ne sont pas atteintes après six mois de modification des habitudes de vie.

Graphique 24



En somme

Toutes les personnes ayant une maladie lipidique peuvent donc bénéficier d'une modification des habitudes de vie touchant l'alimentation, l'activité physique, le poids corporel, la consommation d'alcool et le tabagisme[45].

Tant au Québec qu'au Canada, le suivi des facteurs de risque de MCV nécessitant un suivi personnel (tension artérielle, glycémie, lipides sanguins, poids, taille, etc.) est présentement déficient. Chez les adultes, la prévalence des facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète et les dyslipidémies est sous-estimée et mal connue et leur contrôle est sous-optimal actuellement. De plus, il manque des données, entre autres, sur l'incidence des MCV et la qualité de vie des personnes atteintes.

Quant au profil de facteurs de risque de MCV chez les jeunes, il est inquiétant. Il semble surtout influencé par celui des parents et l'environnement dans lequel les jeunes évoluent.

Enfin, dans la région comme au Québec, il reste encore du chemin à faire pour prévenir des décès liés aux maladies cardiovasculaires en améliorant les services de prévention et de soins.

RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Un gros plan sur le CANCER

La problématique du cancer est importante non seulement pour la mortalité et la morbidité qu'elle entraîne, mais aussi pour les difficultés vécues par les personnes qui ont à faire face à cette maladie et les angoisses qu'elles-mêmes et leurs proches doivent affronter. Considérant que la probabilité d'être atteint d'un cancer dans la vie s'élève à 43 % chez les Québécoises et 37 % chez les Québécois[46], il est facile de figurer le nombre de personnes qui seront touchées par cette maladie, directement ou par l'entremise d'un proche.

Dans moins de dix ans, on prévoit que les cancers seront au premier rang des causes de décès au Canada[47]. Au Québec, l'incidence des cancers est d'environ 34 000 cas par année et l'on évalue à plus de 16 000 le nombre de décès attribuables à cette maladie chaque année[48].

L'OMS estime que le tiers des cancers pourrait être prévenu[49]. Le tabagisme et les habitudes alimentaires (y compris l'obésité) comptent pour 60 % de la mortalité par cancer[50]. Les données présentées dans les sections précédentes démontrent qu'il reste beaucoup de travail à faire pour amélio-rer ces comportements.

L'OMS estime que le tiers des cancers pourraient être prévenus.

L'OMS considere aussi que 30 % des cancers pourraient être guéris. Or, au Québec, les gains de santé et de bien-être que devraient procurer les services de qualité dont nous disposons ne sont pas toujours aussi importants qu'on le souhaite, compte tenu du manque de concertation et de coordination constaté dans le réseau[51].

Le portrait de la région

L'incidence

Le cancer constitue l'une des rares problématiques pour laquelle on dispose de données d'incidence grâce au fichier des tumeurs. Cependant, les données validées de ce fichier ne sont accessibles qu'après plusieurs années de délai.

Le tableau 4 montre l'importance des cancers de la prostate, du sein, du poumon et du cancer colorectal dans la région comme dans l'ensemble du Québec au regard de l'incidence. Un faible taux d'incidence du cancer du sein est observé dans notre région. Les raisons de cet écart restent à expliquer. Malgré tout, il semble s'agir d'une réalité et non d'un artéfact puisque l'on observe aussi un faible taux de mortalité pour ce type de tumeur, bien que non statistiquement différent de celui du Québec[52]. De plus, cette tendance était déjà présente dans les données 1989-1993[53].

La mortalité

La région se positionne au 14e rang sur 18 à l'égard du taux de mortalité par tumeurs, tous sièges confondus *(tableau 5)*.

En termes d'années potentielles de vie perdues, les cancers du poumon et du sein sont nettement les plus importants avec des taux respectifs de 5,7 par 100 000 et 3,4 par 100 000 *(tableau 6)*. Les cancers colorectal et de la prostate, malgré leur importance au regard des taux de mortalité, ont beaucoup moins d'impact sur les années potentielles de vie perdues essentiellement à cause de l'âge plus avancé auquel ils surviennent.

Dans la région, l'étude des indices comparatifs de mortalité et d'hospitalisation par tumeurs permet de constater que seul le district du Haut-Saint-Maurice présente un indice comparatif de mortalité (ICM) statistiquement supérieur à celui du Québec *(graphique 25)*. En ce qui concerne les hospitalisations pour tumeurs *(graphique 26)*, les districts du Haut-Saint-Maurice et de Drummondville présentent des indices comparatifs d'hospitalisation (ICH) plus élevés que ceux du Québec.

Tableau 4 **Nombre de cas* et taux ajusté** d'incidence du cancer selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998[54]**

Taux annuel moyen pour 100 000

	Région	Québec	Région	Québec	Rang
	Nombre	Nombre	Taux	Taux	
Ensemble des sièges	2 172	30 711	408,9	423,6	15
Estomac	55	804	10,3	11,1	12
Côlon et rectum	292	4 057	54,7	56,6	12
Pancréas	59	822	11,0	11,4	10
Poumon	402	5 497	75,4	75,9	10
Sein (E)	260	4 326	93,0 (-)	110,8	16
Prostate	252	2 983	111,9	99,5	3
Vessie	108	1 547	20,0	21,4	11
Lymphome non hodgkinien	92	1 284	17,6	17,8	8
Rein	69	874	12,9	12,1	8
Leucémie	57	831	10,7	11,5	11

Source : MSSS, Fichier des tumeurs du Québec

* *Nombre annuel moyen.*
** *Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.*
(-) *Valeur significativement plus faible que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.*

Tableau 5 **Nombre de décès* et taux ajusté** de mortalité par tumeurs selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998**

Taux annuel moyen pour 100 000

	Région	Québec	Région	Québec	Rang
	Nombre	Nombre	Taux	Taux	
Ensemble des sièges	1 165	15 967	216,7	219,5	14
Estomac			7,7	8,5	13
Côlon et rectum			28,3	26,5	5
Pancréas			10,3	10,6	11
Poumon			64,6	64,6	11
Sein (E)			28,7	32,1	11
Prostate			29,4	30,1	11
Lymphome non hodgkinien			*** 5,8	7,1	15
Leucémie			6,9	6,5	5

Source : MSSS, Fichier des tumeurs du Québec

* *Nombre annuel moyen.*
** *Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.*
*** *Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33 %, la valeur doit être interprétée avec prudence.*

Tableau 6 **Taux ajusté* des années potentielles de vies perdues par tumeurs selon le siège, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998**

Taux annuel moyen pour 100 000

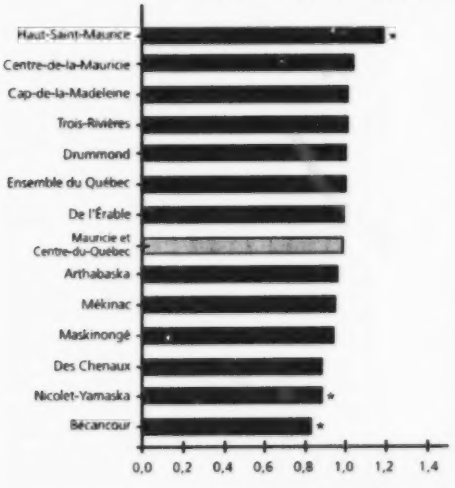
	Région	Québec	Rang
Ensemble des sièges	18,7	18,4	8
Estomac	0,6	0,6	8
Côlon et rectum	2,1	1,8	3
Poumon	5,7	5,6	10
Sein (E)	3,4	3,9	13
Col utérin	0,4	0,4	9
Prostate	0,6	0,6	4
Leucémie	0,7	0,7	9

Source : MSSS, Fichier des décès

* *Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.*

Graphique 25

Indice comparatif de mortalité par tumeurs selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998



Source : MSSS, Fichier des décès

* Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

Les tumeurs ne font pas partie des conditions médicales retenues pour les hospitalisations évitables par le système de soins. Aucune donnée n'est donc disponible à ce sujet. Quant à la mortalité évitable, les données sont disponibles pour les cancers du sein, du col utérin et du corps utérin. Dans la région, c'est donc 204 décès par cancer du sein et quatre par cancer du col utérin qui sont considérés évitables par le système de soins. L'examen de la mortalité évitable par la prévention et la promotion montre que c'est près de 200 décès par cancer qui sont considérés évitables dans la région annuellement, dont près de 170 par cancer du poumon.

L'utilisation des services préventifs

Les données présentées portent principalement sur l'utilisation des services préventifs par les femmes à l'égard du cancer du col utérin et du cancer du sein *(tableau 7)*. En ce qui concerne les cancers colorectal et de la prostate, les habitudes de participation à un dépistage ne sont pas documentées dans les banques de données facilement accessibles.

Tableau 7 **Comportements préventifs spécifiques aux femmes à l'égard du cancer, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1998**

	Région	Québec	Rang
Femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours d'une période de deux ans (1998) %[36]	58,5	63,4	15
Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie au cours d'une période de deux ans (1998) %[37]	66,6	64,3	9
Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie de dépistage dans un CDD (au 30 juin 2001) %[38]	52,9	46,3	5
Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie de dépistage dans un CDD ayant consenti à participer au PQDCS (au 30 juin 2001) % 24 mois[39]	51,0	42,7	5

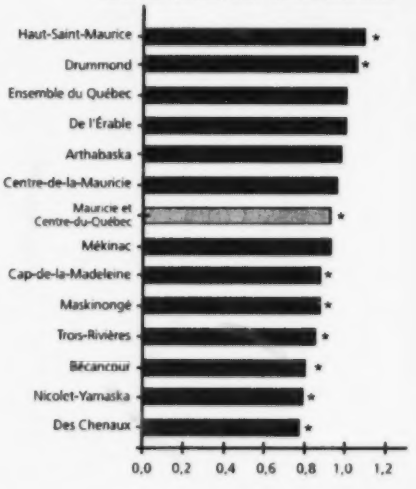
Au même titre que les habitudes des femmes sont documentées par l'EES au regard du dépistage du cancer du col utérin, ces deux cancers devraient, à notre avis, faire l'objet de questions lors de la prochaine enquête.

Le tabagisme et l'alimentation devraient constituer nos principales cibles d'intervention en prévention du cancer.

Le tableau 7 illustre bien la position avantageuse de la région en ce qui concerne le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS). En effet, ce programme est bien implanté dans la région. Par rapport au cancer du col utérin, bien que la proportion des femmes ayant subi un test de Pap ne soit pas statistiquement différente de celle du Québec, on peut considérer que cette proportion est insuffisante. Le cancer du col utérin est un cancer que l'on peut prévenir et le dépistage des femmes peut réduire la mortalité due au cancer invasif du col utérin.

Graphique 26

Indice comparatif d'hospitalisation pour tumeurs selon le district sociosanitaire, Mauricie et Centre-du-Québec, 1997-1998 à 1999-2000



Source : MSSS, MED-ÉCHO
*Indique un indice comparatif statistiquement différent du Québec

En somme

Le cancer est une cause importante de décès évitables tant par la prévention que par le système de soins. Le tabagisme et l'alimentation devraient constituer nos principales cibles d'intervention en prévention. L'organisation et la participation aux services de dépistage sont sous-optimales actuellement, et ce, malgré le fait que le dépistage soit démontré efficace pour plusieurs types de cancer, soit le cancer colorectal, du sein et du col utérin.

4

Le défi d'intervenir sur les habitudes de vie et les MALADIES CHRONIQUES

Dans les parties précédentes, nous avons abordé l'évolution, en Mauricie et au Centre-du-Québec, des principales maladies chroniques et des facteurs associés. Nous avons fait état de gains substantiels en termes de mortalité générale, de mortalité évitable par le système de soins, de réduction du tabagisme et d'accroissement d'interventions pertinentes pour l'amélioration de la qualité de vie. Nous avons fait part de notre inquiétude, particulièrement en ce qui a trait aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, mais aussi de notre encouragement vis-à-vis la volonté des gens de modifier leurs habitudes de vie néfastes. Par conséquent, il demeure possible d'agir pour améliorer ce bilan, et ce, tant par la contribution du réseau de la santé que par l'apport des autres secteurs.

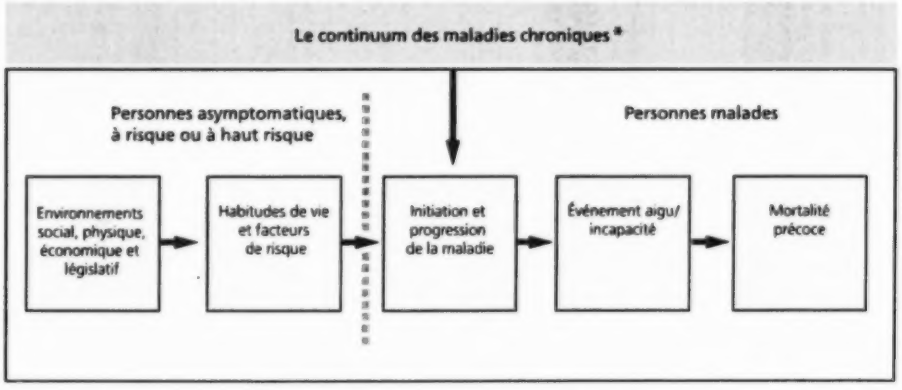
Cette quatrième et dernière partie traitera de l'approche à préconiser et des interventions jugées efficaces pour réduire les maladies chroniques dans la région. Il ne s'agit toutefois que d'un début. En effet, les pistes de solution mises de l'avant seront précisées dans les travaux entourant la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* par l'élaboration et la réalisation du plan d'action régional de santé publique et des plans d'action locaux qui en découleront.

Une approche intégrée

À chaque étape du continuum des maladies chroniques *(figure 2)*, l'objectif d'intervention est de prévenir ou de retarder le processus vers un stade plus sévère. Ainsi, pour chaque stade, l'intervention doit comporter des actions préventives. Il est possible de générer des bénéfices appréciables pour la santé à tous les moments de la vie par l'adoption de saines habitudes de vie, même dans les cas de personnes à haut risque ou atteintes de maladies chroniques.

Les interventions de prévention les plus efficaces sont celles qui intègrent les différents stades de développement des problèmes et plusieurs milieux d'intervention. Cette approche intégrée fait appel à la capacité des individus d'acquérir et de maintenir de saines habitudes tout au long de leur vie en prenant appui sur les communautés et les milieux de vie dans lesquels ils agissent. Elle met de l'avant les valeurs et les normes sociales qui permettent aux personnes de faire des choix de styles de vie

Figure 2



* Adapté de *Prévenir et diminuer les maladies chroniques dans la région de la Capitale nationale*[9]

favorables à leur santé et à leur qualité de vie. De plus, cette approche favorise la promotion, le soutien aux services préventifs et l'intégration des pratiques préventives par les professionnels de la santé.

Il est important d'agir sur l'ensemble des éléments du continuum de santé pour une problématique donnée, comme veut le faire le *Programme québécois de lutte contre le cancer*, afin de permettre que l'ensemble des actions en rapport avec une problématique soient mises de l'avant sans laisser de trous dans la chaîne des services. Toutefois, plusieurs pistes de solution peuvent viser les mêmes cibles. Ainsi, un des principaux défis est l'intégration de toutes nos actions afin que celles qui touchent plusieurs cibles soient, elles aussi, intégrées pour éviter les duplications et potentialiser les interventions dans un contexte de ressources limitées.

Il est possible de générer des bénéfices appréciables pour la santé à tous les moments de la vie par l'adoption de saines habitudes de vie, même dans les cas de personnes à haut risque ou atteintes de maladies chroniques.

Les maladies chroniques devraient donc être abordées dans une perspective de réseaux et de programmes intégrés. L'expérience concluante de l'implantation du *Programme québécois de lutte contre le cancer* dans la région devrait nous inciter à nous doter de programmes intégrés de lutte contre les maladies chroniques, en premier lieu, les maladies

PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION SAINE

« Le véritable problème de santé publique réside dans la disponibilité et le coût d'aliments sains et nourrissants. La possibilité de se procurer des aliments sains et bon marché a des effets plus importants sur les habitudes alimentaires que les efforts d'éducation pour la santé[40]. »

C'est en ces termes que l'Organisation mondiale de la santé rappelle que l'alimentation n'est pas juste affaire de choix de l'individu *(annexe 5)*. Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, une véritable approche de promotion d'une alimentation saine peut se traduire notamment par la promotion de méthodes de production agro-alimentaire viables, respectant l'environnement et favorisant l'autonomie locale, par la promotion de politiques en milieu scolaire favorisant l'accès à une alimentation saine et associée à la diffusion d'une information de qualité sur l'alimentation et la nutrition.

cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Ainsi, qu'ils travaillent à la prévention, au dépistage, au traitement, au soutien des personnes malades ou aux soins palliatifs, les intervenants pourront compter sur l'appui d'un ensemble de collègues et mieux répondre aux besoins des personnes.

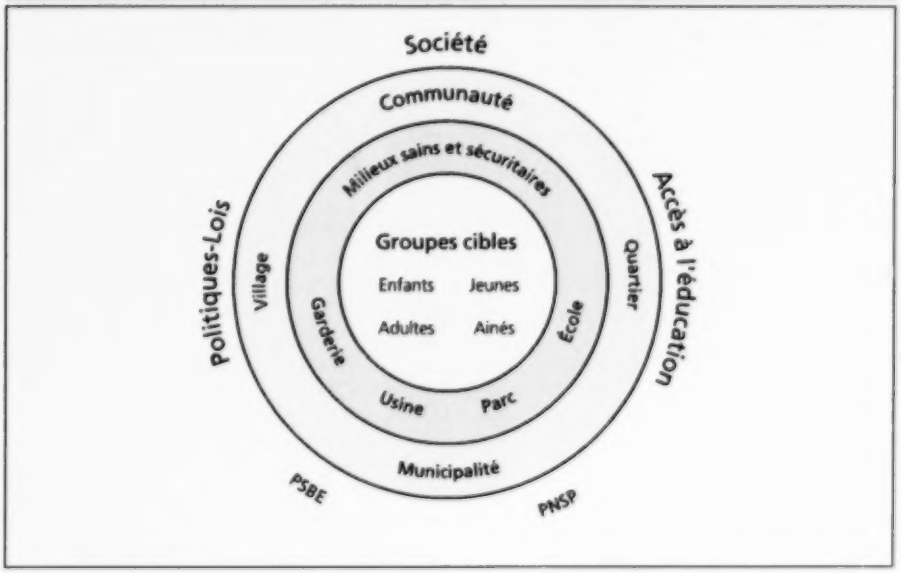
La clé de l'intégration des services réside dans la systématisation du suivi clinique et dans la circulation de l'information. À cet effet, les initiatives régionales par rapport à l'implantation de gestionnaires de cas pour les personnes âgées, du suivi systématique de certaines clientèles à problématiques complexes et d'intervenants pivot en oncologie nous apparaissent prometteuses et devraient être poursuivies et intensifiées. De plus, ces initiatives doivent être soutenues par des technologies de l'information adaptées aux nouvelles réalités cliniques.

Des interventions efficaces pour réduire les maladies chroniques

Le développement des maladies chroniques est en très grande partie évitable par des interventions axées sur la modification d'une ou plusieurs habitudes de vie. Ainsi, une perte de poids de 4,5 kg peut entraîner une diminution de la tension artérielle aussi importante qu'un traitement pharmacologique[51]. Il en est de même pour la pratique de l'activité physique[52]. En ce qui concerne

Figure 3

Une approche écologique pour une communauté en santé *



* Tiré de *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique*[47]

le diabète, la modification des habitudes de vie est plus efficace pour prévenir la maladie que l'administration de certains médicaments[44].

Or, il est maintenant généralement reconnu que la modification des habitudes de vie ne peut être que la seule responsabilité des individus, mais aussi une responsabilité collective. Ainsi, certaines actions viseront à créer les conditions et les environnements favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie. D'autres viseront l'action des professionnels de la santé, dans leur pratique, sur les individus.

La promotion et la prévention dans les communautés et les milieux de vie par des actions environnementales

Les habitudes de vie, nous l'avons vu, ne sont pas simplement le résultat d'un choix individuel en faveur de la santé. En effet, les environnements social, économique, législatif et physique déterminent en grande partie ces choix et conditions. C'est ce qu'illustre l'approche écologique que nous évoquions dans le document produit par la Direction de santé publique *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique* en 2002 *(figure 3)*.

Il est maintenant généralement reconnu que la modification des habitudes de vie ne peut être que la seule responsabilité des individus, mais aussi une responsabilité collective.

ATTEINDRE ET DÉPASSER LES OBJECTIFS DU PROTOCOLE DE KYOTO : EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Le 12 février 2003, la Direction de santé publique de Montréal-Centre déposait, en association avec celles de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de Québec, un mémoire à la commission parlementaire sur les suites du protocole de Kyoto. Une des façons d'atteindre les objectifs de Kyoto en matière de réduction des gaz à effets de serre, tout en poursuivant les objectifs de santé publique, passe par la promotion du transport en commun et du transport actif. C'est aussi le point de vue de l'Organisation mondiale de la santé *(annexe 6)*. Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, la poursuite de ces objectifs peut avoir un effet bénéfique sur la pratique de l'activité physique de même que sur la prévention des traumatismes routiers, par des aménagements urbains et ruraux favorables à l'autobus, au vélo, voire au train. La réduction des déplacements en voiture tout en favorisant les autres modes de transport peut contribuer à la prévention de maladies chroniques, en facilitant notamment une vie plus active.

L'action environnementale à l'égard des maladies chroniques permet de modifier les environnements social, économique et physique qui influencent et soutiennent les choix individuels de saines habitudes de vie. Elle regroupe à la fois des interven-

L'action environnementale permet de modifier les environnements social, économique et physique qui influencent et soutiennent les choix individuels de saines habitudes de vie.

tions de type campagne de communication nationale, promotion et application de politiques, lois et règlements qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie (comme ce fut le cas pour le tabagisme au cours des dernières années) et des interventions sur les milieux de vie des individus. À cet effet, les milieux scolaires, municipaux et de travail constituent des partenaires privilégiés pour la création de contextes favorables à la santé. Ainsi, le *Programme national de santé publique 2003-2012*[a] nous invite aux actions suivantes pour la période 2003-2005 :

- consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire* visant l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs ;

* *Définition : pour être en sécurité alimentaire, il faut que toute une population ait accès en tout temps et en toute dignité à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable aux points de vue social et culturel, que les individus aient un pouvoir d'achat adéquat et qu'ils aient accès à une information simple et fiable qui confère des habiletés et qui permet de faire des choix alimentaires éclairés. Gauvin, J.L. et coll., 1996.*

LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS PASSE PAR LES ARTS DE CIRQUE AVEC *QUÉBEC EN FORME*

Depuis septembre 2002, le projet *Québec en forme* a cours dans près d'une vingtaine d'écoles du primaire de la région. Celui-ci démontre qu'il est possible d'encourager l'activité physique même dans les milieux qui disposent de moins de ressources. Par exemple, des jeunes de première et de deuxième années s'initient aux arts de cirque. Il apparait clair que les enfants y prennent plaisir et sont rapidement impressionnés par ce qu'ils sont à même de faire.

Selon Mélanie Vadeboncoeur, animatrice en chef, la joie des enfants de participer à l'activité est énorme : « Au-delà de l'énergie à dépenser, ils en ont besoin, c'est une confiance en eux qu'ils viennent chercher. Leurs yeux disent : je suis capable de marcher sur un fil de fer pour la première fois ! C'est toute une fierté pour eux. »

Pendant quatre semaines consécutives, à raison de deux heures, les enfants s'initient aux trois volets qu'offrent les arts de cirque : jonglerie, acrobatie en gymnase et équilibre. Pour les enfants de milieux défavorisés, c'est un petit privilège d'avoir accès à des activités du genre puisqu'elles sont différentes de celles offertes par le parascolaire (soccer, ballon-panier, etc.).

- promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires* et accessibles** favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés ;

- conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (ex. : non-usage du tabac, saine alimentation, activité physique et hygiène dentaire) dans le cadre d'une intervention globale et intégrée en promotion de la santé et en prévention.

Au cours des prochains mois, des chantiers seront donc mis en branle avec les différents acteurs du milieu pour la planification de la mise en œuvre de ces actions dans le cadre des travaux entourant l'élaboration du programme régional de santé publique, à l'automne 2003, et des plans d'action locaux qui en découleront.

Ces chantiers devraient conduire à des actions concrètes telles que la mise en application de politiques alimentaires dans les commissions scolaires de la région et des initiatives de promotion du transport actif.

L'intégration de la prévention dans la pratique clinique des professionnels de la santé

Les services cliniques préventifs comprennent le counselling auprès de la population générale ou des personnes qui courent plus de risques, le dépistage et la gestion optimale de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV). En dépit des évidences sur l'efficacité des interventions de prévention effectuées dans le cadre de consultations courantes, plusieurs études démontrent une très faible intégration de ces pratiques par les intervenants en santé, plus particulièrement chez les médecins[66]. En effet, l'intégration dans la pratique clinique d'activités préventives, découlant des principaux consensus en matière de prévention, se situe entre 20 % et 60 %[67]. Cependant, certaines interventions ont démontré une certaine capacité à modifier les pratiques préventives des médecins[68-69] et des efforts devront être faits en ce sens au cours des prochaines années.

Le counselling

Le counselling est défini comme une situation dans laquelle un conseiller entre en interaction avec une personne dans le but d'améliorer son état de santé[70]. Le terme counselling inclut une grande variété d'activités dont l'évaluation des connaissances et de la motivation, la diffusion d'information, la modification des comportements inappropriés, le renforcement des comportements souhaitables et le suivi des progrès à long terme[71].

* *La notion de sécurité renvoie aux dimensions physique (équipements et lieux), psychologique (sentiment de confiance) et sociale (cohésion et soutien sociaux). En particulier, voir le domaine d'intervention « Traumatisme non intentionnel » relativement à la sécurité des voies cyclables et piétonnières.*

** *L'accessibilité concerne l'accès aux infrastructures et à des activités adaptées aux besoins des diverses clientèles (ex. : horaire, niveau et type d'activité, âge, etc.)*

Le counselling au regard des maladies chroniques concerne principalement les habitudes de vie telles que le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et le maintien d'un poids santé.

À l'égard du tabagisme, il est recommandé par les autorités médicales reconnues de viser les actions suivantes :

- offrir aux enfants et aux adolescents non-fumeurs un counselling afin de les inciter à ne pas commencer à fumer ;
- offrir aux adolescents fumeurs un counselling concernant l'abandon du tabac ;
- informer les femmes enceintes de la relation entre la fumée secondaire et le risque accru pour l'enfant de souffrir de maladies ;
- offrir aux femmes enceintes fumeuses un counselling concernant l'abandon du tabac ;
- offrir aux adultes fumeurs un counselling concernant l'abandon du tabac ainsi que la thérapie de remplacement de la nicotine comme traitement d'appoint ;
- orienter les adultes fumeurs vers des programmes d'aide à la cessation reconnus après leur avoir conseillé de renoncer au tabac.

Le counselling concerne principalement les habitudes de vie telles que le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et le maintien d'un poids santé.

En ce qui concerne l'activité physique, la pratique régulière d'une activité est recommandée pour prévenir, entre autres, les MCV, le diabète, l'obésité et l'ostéoporose. Même si l'efficacité du counselling sur l'activité physique par les professionnels de la santé demeure à démontrer, il est prudent du point de vue clinique d'offrir ce genre de counselling[72], notamment aux personnes sédentaires.

Au regard de l'alimentation, il est recommandé d'offrir des conseils alimentaires généraux et d'orienter les sujets à risque accru vers un professionnel de la nutrition, et ce, afin de réduire les risques de MCV et de certains cancers.

Il est généralement reconnu qu'un counselling réalisé par un médecin, même de courte durée, a un effet significatif sur l'adoption d'habitudes de vie ciblées. Bien que son efficacité soit peu documentée compte tenu de la situation des effectifs médicaux, le counselling sur les habitudes de vie par d'autres professionnels de la santé sera favorisé dans notre région. L'implication de tous les professionnels de la santé disponibles et pertinents au counselling sur les habitudes de vie est mise de l'avant afin d'optimiser la prestation professionnelle de tous les intervenants (infirmières, dentistes, nutritionnistes, inhalothérapeutes, etc.).

À cet effet, l'implication de la région dans le *Projet québécois de dissémination en santé du cœur 2000-2005* a

permis de vérifier la faisabilité et la pertinence d'impliquer plusieurs types de professionnels (infirmières, inhalothérapeutes, médecins, etc.) dans le soutien aux fumeurs qui désirent cesser de fumer. Les efforts futurs porteront sur le déploiement des interventions préventives auprès des professionnels de la santé, tant des établissements du réseau public, des cliniques privées que des ressources communautaires, et la mise en réseau de ces professionnels.

Le dépistage

Le dépistage précoce constitue un type particulier d'intervention qui permet l'identification de la maladie alors que la personne est asymptomatique. Le but du dépistage est de détecter la maladie à un stade précoce où les traitements sont généralement plus efficaces afin d'interrompre la progression de la maladie vers un stade plus avancé et, ultimement, de réduire la mortalité. Le dépistage peut être opportuniste (recherche de maladie chez les personnes asymptomatiques faite à l'occasion d'une visite médicale) ou systématique (programme qui s'adresse à une population dans son ensemble en fonction de l'âge et du sexe). Rappelons ici que les critères suivants doivent être rencontrés pour la mise en place d'un programme de dépistage systématique[73]:

- le problème doit être important ;
- les tests utilisés adéquats ;
- les traitements efficaces ;
- les risques acceptables ;
- la réduction de la mortalité démontrée ;
- le rapport coût/efficacité raisonnable.

Les informations présentées ici concernent les activités de dépistage démontrées efficaces et qui font l'objet de recommandations d'autorités reconnues en la matière. Des efforts seront investis au cours des prochaines années pour soutenir la mise en application de ces recommandations.

FAVORISER LES PRATIQUES OPTIMALES DANS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES
L'EXPÉRIENCE DU PROJET *AU COEUR DE LA VIE*

Le projet ***Au cœur de la vie*** est inspiré des leçons tirées de plusieurs projets en santé du cœur qui démontrent que l'approche communautaire seule n'est pas suffisante pour réduire à long terme la mortalité et la morbidité dues aux maladies cardiovasculaires. En effet, l'intégration des projets aux structures des services de santé, impliquant des changements organisationnels dans les services de santé, semble une avenue efficace pour permettre cette réduction. C'est dans cette optique que le projet ***Au cœur de la vie*** vise à développer une approche intégrée en promotion de la santé cardiovasculaire dans les CLSC.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, six CLSC participent au projet, dont trois à titre expérimental et trois à titre témoin. Principalement, il s'agit pour la Direction de santé publique de soutenir les CLSC dans l'application des interventions efficaces pour prévenir les maladies cardiovasculaires et favoriser une meilleure santé du cœur. Plus particulièrement, en ce qui concerne l'intégration de la santé cardiovasculaire dans la pratique quotidienne des différents intervenants des CLSC expérimentaux, l'expérience a permis jusqu'à maintenant d'introduire une intervention brève sur le statut tabagique pour chaque personne qui se présente aux services courants des CLSC (infirmiers ou médicaux). Cette intervention de 30 secondes à 3 minutes est complétée par la prise en charge de la personne pour une intervention intensive et soutenue, lorsque requise, par des infirmières spécialisées, des inhalothérapeutes ou des médecins.

Dans la cadre de la poursuite des travaux liés au projet, les efforts seront orientés vers une structuration de la prise en charge d'autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires tels que le diabète, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires ou l'obésité.

Le dépistage des facteurs de risque de MCV

Les activités de dépistage des facteurs de risque de MCV concernent principalement le diabète, l'hypertension et les dyslipidémies. Ces trois pathologies ont en commun qu'elles peuvent être présentes et faire des dommages alors que les personnes l'ignorent et sont asymptomatiques. Dans ce contexte, il est important de dépister les personnes qui courent ce risque. En matière de dépistage des MCV, les mesures suivantes sont recommandées par les autorités compétentes :

- la prise de la tension artérielle chez tous les adultes ;
- le dépistage du diabète chez les adultes âgés de 45 ans et plus à tous les trois ans ;
- le dépistage du diabète plus fréquent qu'aux trois ans ou plus hâtif chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque du diabète *(annexe 7)* ;
- le dépistage des dyslipidémies chez les hommes âgés de 40 ans et plus et les femmes âgées de 50 ans et plus à tous les cinq ans ;
- le dépistage des dyslipidémies chez les personnes plus jeunes qui courent un risque *(annexe 8)*.

En ce qui concerne l'obésité, les autorités canadiennes recommandent la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) chez les personnes qui ont une affection liée à l'obésité (comme le diabète ou l'hypertension par exemple)[74].

Le dépistage du cancer

Le Québec dispose d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein par la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) est déjà implanté dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et devra être consolidé au cours des prochaines années. La faisabilité de mettre en place des programmes de dépistage systématique des cancers colorectal et du col utérin est présentement à l'étude au Québec.

La gestion optimale de certains facteurs de risque de MCV

L'hypertension artérielle, les dyslipidémies et le diabète peuvent être contrôlés par des approches non pharmacologiques et pharmacologiques. Les consensus actuels proposent des approches par paliers ou séquentielles pour la maîtrise de ces conditions. Pour une importante proportion des personnes présentant ces facteurs de risque, la première étape recommandée est un traitement non pharmacologique de modification des habitudes de vie qui peut être aussi efficace qu'un traitement pharmaceutique. Il est donc possible, à cette étape, de faire intervenir une panoplie de professionnels de la santé, et ce, avec une implication médicale minimale, afin de contrôler ces facteurs de risque et de prévenir les MCV. Le soutien à la mise en application de ces consensus devrait faire l'objet d'activités intensives au cours des prochaines années.

Pour une importante proportion des personnes présentant des facteurs de risque, la modification des habitudes de vie peut être aussi efficace qu'un traitement pharmaceutique.

En ce qui concerne l'obésité, la priorité devrait être accordée à la prévention plutôt qu'au traitement compte tenu du peu d'efficacité des traitements à long terme.

Conclusion

Où en sommes-nous en Mauricie et au Centre-du-Québec à l'égard des maladies chroniques ? Nous avons vu dans ce rapport un portrait de l'état de santé de la population. D'une part, nous avons pu observer des gains intéressants. Rappelons la diminution de la mortalité générale et de la mortalité évitable par le système de soins dans la région. Soulignons aussi la réduction du tabagisme et l'accroissement de certaines interventions pertinentes pour la qualité de vie, telles les chirurgies pour les cataractes. Ce sont assurément de bonnes nouvelles.

D'autre part, nous avons pu observer des aspects qui suscitent des inquiétudes si aucune solution n'est apportée. En effet, des inégalités de santé persistent au regard de la mortalité. De plus, certaines tendances à l'égard des facteurs de risque sont inquiétantes. À titre d'exemple, nous avons pu faire état que la proportion de personnes présentant un excès de poids a augmenté dans la dernière décennie. De même, nous savons que la pratique de l'activité physique est sous-optimale. Enfin, nous avons vu que la majorité de la population ne satisfait pas aux niveaux de consommation recommandés par le *Guide alimentaire canadien*. Nous avons aussi insisté sur les préoccupations que suscite l'émergence de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez des populations de plus en plus jeunes.

Malgré cela, nous avons pu aussi constater qu'une proportion importante de la population a une volonté réelle de modifier ses comportements pour adopter des habitudes de vie saines et favorables à la santé. Cette volonté populationnelle constitue le moteur de notre engagement à agir pour améliorer de façon substantielle ce bilan, tant par les interventions du secteur de la santé que par la poursuite et l'accentuation de nos collaborations avec les autres secteurs de la société.

Nous voulons donc susciter un projet collectif en faveur de la santé où chacun peut contribuer à son niveau. En effet, à l'intérieur même des familles, à l'école, au travail, dans nos activités de loisirs, nous pouvons favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Par exemple, nous pouvons contribuer à modifier les normes sociales en exerçant notre influence sur l'école pour qu'elle offre des périodes favorisant la pratique d'activité physique et qu'elle mette en place des politiques favorisant l'accès à une saine alimentation chez les jeunes. De même, l'aménagement des villes et des villages peut favoriser le transport actif, à chacun de nous de le réclamer. Enfin, dans chacun de nos milieux de travail respectifs, nous pouvons avoir une influence pour faire de ceux-ci des milieux où l'on encourage une saine alimentation, facilite la pratique d'activité physique et favorise l'arrêt du tabagisme.

Dans le réseau de la santé, nous avons pu faire état des interventions à consolider, tant en termes de prévention qu'à l'égard de l'amélioration continue des services offerts aux personnes aux prises avec des maladies chroniques. Un mouvement est déjà bien entamé à cet égard et il est de notre intention d'y contribuer, à la fois par la mise à jour des informations sur l'évolution de l'état de santé, par notre appui aux professionnels de la santé pour optimiser leurs interventions (par exemple des activités de dépistage ou de counselling) et par la poursuite des collaborations avec les autres secteurs de la société.

C'est avec la contribution de chacun, du citoyen au gestionnaire en passant par les intervenants du secteur de la santé et des autres secteurs, que nous pourrons relever le défi de la lutte contre les maladies chroniques.

Annexe 1

Liste des conditions médicales pour les hospitalisations évitables

- Appendice rompu, tous âges
- Cellulite, 18 ans et plus
- Pneumonie, 5-49 ans
- Diabète, 18 ans et plus
- Insuffisance cardiaque, 18 ans et plus
- Hypokaliémie, 18 ans et plus
- Gangrène, 18 ans et plus
- Hypertension maligne, 18 ans et plus
- Maladies évitables par immunisation, 18 ans et plus
- Ulcère perforé ou avec hémorragie, 18 ans et plus
- Pyélonéphrite, 18 ans et plus
- Hernie abdominale en occlusion, 18 ans et plus
- Phlébite sans embolie pulmonaire, 18 ans et plus
- Asthme, 5-49 ans

Annexe 2

Liste des causes de décès évitables

- Tuberculose, 5-64 ans
- Cancer du col et du corps de l'utérus, 15-54 ans
- Cardiopathies rhumathismales chroniques, 5-44 ans
- Asthme, 5-44 ans
- Hernie abdominale, 5-64 ans
- Maladies hypertensives et maladies vasculaires cérébrales, 35-64 ans
- Mortalité périnatale, tous les décès de moins de 7 jours plus les mortinaissances
- Cardiopathies ischémiques, 35-64 ans
- Cancer du col de l'utérus, 15-64 ans
- Maladie d'Hodgkin, 5-64 ans
- Maladie respiratoire des enfants, 1-14 ans
- Appendicite, 5-64 ans
- Cholélithiase et cholécystite, 5-64 ans
- Mortalité maternelle, tous âges
- Cancer du sein, 25-64 ans
- Ulcères peptiques, 25-64 ans

Annexe 3

Liste des causes de décès évitables par la prévention et la promotion pour les 0 à 74 ans

- Cancer des lèvres et de la cavité buccale
- Cancer du larynx
- Cancer du poumon, de la trachée et des bronches
- Cancer de la plèvre
- Cancer de la peau (sauf le mélanome)
- Cancer de la vessie
- Leucémie myéloïde chronique
- Cardiopathies ischémiques
- Maladies vasculaires cérébrales
- Emphysème
- Obstruction chronique des voies respiratoires
- Traumatismes impliquant des véhicules moteurs
- Autres formes de traumatismes
- Cirrhose alcoolique du foie
- Mortalité infantile

Annexe 4

Liste des interventions dites pertinentes chez les 18 ans et plus

- Traitement pour cataracte
- Traitement de la rétinopathie
- Angioplastie
- Pontage coronarien
- Implantation d'un Pacemaker
- Remplacement total de la hanche
- Remplacement de la tête du fémur
- Remplacement total du genou

Annexe 5

L'alimentation

L'alimentation saine est une question politique.

Ce que l'on sait
Un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires sont essentiels pour la santé et le bien-être. Les pénuries alimentaires et le manque de variété des aliments engendrent la malnutrition et des maladies carentielles. L'excès de nourriture (également une forme de malnutrition) contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer, de maladies dégénératives de l'œil, de l'obésité et de caries dentaires. Le manque d'aliments côtoie l'abondance. Le véritable problème de santé publique réside dans la disponibilité et le coût d'aliments sains et nourrissants. La possibilité de se procurer des aliments sains et bon marché a des effets plus importants sur les habitudes alimentaires que les efforts d'éducation pour la santé.

L'industrialisation a eu pour effet une modification épidémiologique : les maladies infectieuses ont régressé et les maladies chroniques ont progressé (en particulier les affections cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer). Ce phénomène s'est accompagné d'une modification nutritionnelle, avec l'arrivée d'une surconsommation de graisses et de sucres à teneur élevée en énergie, entraînant une progression de l'obésité. Dans le même temps, l'obésité est devenue plus courante chez les pauvres que chez les riches.

Le marché mondial de l'alimentation est devenu un gros enjeu économique. L'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et la Politique agricole commune de l'Union européenne permettent aux forces du marché mondial de déterminer les approvisionnements alimentaires. Des comités internationaux, tel le Codex A, qui fixent les normes de qualité et de sécurité sanitaire des aliments, n'ont pas de représentant de la santé publique en leur sein, et les entreprises du secteur alimentaire sont puissantes.

Les conditions économiques et sociales créent des disparités dans la qualité de l'alimentation qui contribuent à accentuer les inégalités de santé. La principale différence entre classes sociales réside dans les sources de nutriments. Les pauvres remplacent les aliments frais par les produits transformés bon marché. Néanmoins, on retrouve des régimes riches en graisse dans tous les groupes sociaux. Les personnes disposant de revenus peu élevés (ménages, personnes âgées, chômeurs, etc.) sont les moins à même de bien s'alimenter. Pour la prévention des maladies chroniques, il faut consommer plus de fruits et légumes frais et de féculents peu transformés, mais moins de graisses animales, de sucres raffinés et de sel. Plus de 100 comités d'experts se sont accordés sur ces objectifs diététiques.

L'action à mener
Les organismes publics locaux, nationaux et internationaux, les organisations non gouvernementales et l'industrie agro-alimentaire devraient assurer :

1. la disponibilité d'aliments frais et de bonne qualité pour tous ;
2. un processus démocratique de prise de décision et une responsabilité vis-à-vis de l'ensemble des questions relatives aux dispositions réglementaires sur les aliments avec la participation de toutes les parties prenantes, y compris les consommateurs ;
3. la promotion de méthodes de production agroalimentaire viables, qui préservent les ressources naturelles et l'environnement ;
4. la protection de la production alimentaire locale vis-à-vis des effets du marché mondial de l'alimentation ;
5. une sensibilisation aux vertus d'une alimentation saine, en diffusant des informations sur l'alimentation et la nutrition, en encourageant l'acquisition de talents culinaires et en montrant l'intérêt qu'il y a, du point de vue des relations sociales, à préparer et à prendre les repas ensemble ;
6. la disponibilité d'informations utiles concernant les aliments, la diététique et la santé ;
7. l'utilisation de références nutritionnelles scientifiquement incontestables et de recommandations diététiques pour faciliter l'élaboration et l'application de politiques en matière d'alimentation et de nutrition.

Tiré de *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, OMS 2000.

Annexe 6

Les transports

Une politique de transports soucieuse de la santé décourage le recours à l'automobile, favorise la marche à pied et le vélo, et renforce les transports en commun.

Ce que l'on sait

La bicyclette, la marche et l'utilisation des transports en commun améliorent la santé de quatre façons : elles favorisent l'exercice, font baisser le nombre d'accidents mortels, augmentent les contacts sociaux et réduisent la pollution atmosphérique.

Comme la mécanisation a réduit les travaux manuels et domestiques, il faut trouver de nouvelles façons de pratiquer l'exercice physique. Il est possible d'atteindre cet objectif en utilisant moins la voiture, en recourant davantage à la marche et au vélo et en renforçant les transports en commun. La pratique régulière d'une activité physique protège des maladies cardiaques et, en limitant l'obésité, prévient le diabète. Elle procure une sensation de bien-être et protège les personnes âgées de la dépression.

Une réduction de la circulation routière diminuerait le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route. Alors que les accidents de voiture causent des blessures chez les cyclistes et les piétons, les accidents de vélo ne blessent qu'un nombre relativement peu élevé de personnes. Des aménagements urbains bien planifiés, séparant cyclistes et piétons des voitures, augmentent la sécurité des premiers.

Le développement de la marche à pied et du vélo, et une plus grande utilisation des transports en commun stimuleraient les contacts sociaux dans les rues, alors que les voitures ont plutôt isolé les gens les uns des autres. La circulation routière crée des divisions et sépare les personnes vivant d'un côté d'une rue de celles qui habitent de l'autre côté. La diminution du nombre de piétons tend à réduire l'utilisation de la rue en tant qu'espace social, au point que le piéton isolé craint d'être agressé. Qui plus est, les banlieues accessibles uniquement aux voitures tendent à isoler les personnes qui n'en disposent pas, en particulier les jeunes et les personnes âgées. L'isolement et le manque de contacts sociaux sont fortement associés à une moins bonne santé.

À une réduction du trafic correspond une diminution des effets néfastes liés aux gaz d'échappement. La marche et la bicyclette réduisent la consommation d'énergies non renouvelables et ne contribuent pas au réchauffement de la planète. Elles n'engendrent pas de pollution atmosphérique, sont peu bruyantes et sont les modes de transport de choix pour les cités du futur, écologiquement denses. Contrairement aux voitures, les bicyclettes, qui peuvent être produites localement, constituent un moyen de déplacement « écologique ».

L'action à mener

Malgré leurs effets néfastes sur la santé, le nombre de déplacements en voiture augmente rapidement dans tous les pays européens, alors que les déplacements à pied ou à vélo diminuent. Les politiques nationales et locales doivent inverser cette tendance. Cependant, les lobbies du transport sont puissants. Beaucoup de secteurs – ceux du pétrole, du caoutchouc, des travaux publics, de la construction, de la vente et de la réparation de voitures, et de la publicité – ont intérêt à l'utilisation de la voiture. Au XX^{e} siècle, des succès ont commencé à être remportés dans la lutte contre la consommation de tabac, d'alcool et de drogue ; au XXI^{e} siècle, il faudra réduire la dépendance vis-à-vis de la voiture.

La voiture devrait laisser la place à la bicyclette et à la marche pour les déplacements courts, surtout dans les villes. Les transports publics devraient être améliorés pour les déplacements plus longs et il faudrait assurer des liaisons régulières et fréquentes pour les zones rurales. Les incitations doivent changer ; par exemple, il faut réduire les subventions de l'État pour la construction de routes, augmenter le soutien financier aux transports en commun, créer une taxe qui pénaliserait l'utilisation professionnelle de la voiture et augmenter le coût du stationnement. Des modifications de l'aménagement du territoire sont également nécessaires : conversion des routes en espaces verts, diminution des superficies de parking, réservation de certaines voies aux piétons et cyclistes, multiplication des couloirs d'autobus et des pistes

cyclables et arrêt de la croissance des banlieues à faible densité et de la construction de supermarchés en dehors des villes. De plus en plus, l'expérience prouve que la construction de routes encourage l'usage de la voiture, alors que les restrictions apportées à la circulation des véhicules peuvent, paradoxalement, réduire les embouteillages.

Tiré de *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, OMS 2000.

Annexe 7

Facteurs de risque considérés pour le dépistage sélectif du diabète de type 2

Envisager un dépistage plus fréquent ou plus hâtif (qu'aux 3 ans) chez les personnes présentant des facteurs de risques comme :

- avoir un parent du premier degré diabétique ;
- être membre d'une population à risque (ex. : autochtones, personnes d'origine hispanique, asiatique ou africaine) ;
- être obèse ;
- avoir un faible taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL) (≤ 0,9 mmol/L) ou une élévation des triglycérides à jeun (> 2,8 mmol/L).

Faire un dépistage annuel chez les personnes présentant un ou plusieurs des prédicteurs de risque suivants (sans égard aux facteurs ci-dessus) :

- antécédents d'intolérance au glucose (glycémie à jeun < 7,0 avec glycémie 2 h après charge de 75 g de glucose entre 7,8 et 11,0 mmol/L) ou de glycémie à jeun marginale (glycémie à jeun entre 6,1 et 6,9 mmol/L ;
- présence de complications associées au diabète ;
- antécédents de diabète gestationnel ou un bébé de plus de 4 kg à la naissance ;
- hypertension ;
- coronaropathie.

Source : *Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada*. JAMC 1998, 159 (8 supp.), p. 58.

Annexe 8

Facteurs de risque considérés pour le dépistage sélectif des dyslipidémies

- Adulte avec 2 ou plus facteurs de risque pour la maladie coronarienne
- Personne avec évidence clinique de maladie coronarienne
- Présence de signes ou symptômes de maladie vasculaire périphérique ou d'athéromatose carotidienne
- Diabète
- Présence à l'examen de xanthome ou autres stigmates de dyslipidémie
- Histoire familiale de dyslipédémie ou de maladie coronarienne

Source : *Recommendations for the Management and Treatment of Dyslipidemia*. Report of the working Group on Hypercholesterolemia and other Dyslipidemias, JAMC, 16 mai 2000, 162(10), p. 1442.

Références bibliographiques

1. OMS. *Innovative Care for Chronic Conditions*, 2002, 99 p.
2. S. BERNIER, « Les problèmes de santé » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 13, p. 99-103.
3. *Loc. cit.*
4. V. ÉMOND, *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, INSPQ, 2002, 12 p.
5. M. JENICEK, et R. CLÉROUX, *Épidémiologie : principes, techniques et applications*, 1982, 454 p.
6. R. A. SPASOFF, *Epidemiologic Methods for Health Policy*, 1999, 228 p.
7. Y. PEPIN, « Incapacité et limitation d'activité » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 18, p. 133-140.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003, 133 p.
9. S. BERNIER, « Usage du tabac » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 3, p. 27-34.
10. *Loc. cit.*
11. L. JACOBS-STARKEY, et K. GRAY-DONALD, « Food Habits of Canadians : Comparison of Intakes in Adults and Adolescents to Canada's Good Guide to Healthy Eating », *Revue canadienne de la pratique et la recherche en diététique*, vol. 62, n° 2, été 2001, p. 61-69.
12. C.E. PEREZ, « Consommation de fruits et de légumes » *Rapport sur la santé*, vol. 13, no 3, mars 2002.
13. Y. PEPIN, « Alimentation : perception, pratiques et insécurité alimentaire » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 16, p. 49-58.
14. L. BERTRAND, M. NADEAU, S. STAN, et M. PAQUETTE, « Comportements alimentaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, ISQ, 2002, chapitre 13, p. 293-308.

15. Y. PEPIN, 2002 « Alimentation : perception, pratiques et insécurité alimentaire » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, chapitre 16, p. 49-58.

16. S. BERNIER et H. TÉTREAULT, « Activité physique » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 7, p. 59-66.

17. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*, 2001, 60 p.

18. Y. PEPIN, « Poids corporel » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 8, p. 67-74.

19. *Loc. cit.*

20. S. BERNIER et H. TETREAULT, « Activité physique » dans *Regard sur la santé le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 7, p. 59-66.

21. Y. PEPIN, « Poids corporel » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 8, p. 67-74.

22. INSPQ, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, 2001, 453 p.

23. *Loc. cit.*

24. L.H. KISHI et S.B. FOERSTER, Diet Nutrition in Chronic *Disease Epidemiology and Control*, 2nd ed., Brownson RC,Remington PL, Davis JR (ed), Washington, APHA, 1998.

25. J.R. DAVIS et al., « Intervention Methods for Chronic Disease Control » in *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd ed., Brownson RC, Remington PL, Davis JR (ed), APHA, Washington 1998.

26. WHO, *National Cancer Control Programmes : Polices and managerical guidelines*, 2nd Edition, 2002,180 p.

27. INSPQ, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, 2001, 453 p.

28. Direction de santé publique, *Rapport annuel 2000 sur la santé de la population : Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*, RRSSS DE MONTRÉAL-CENTRE, 2000, 73 p.

29. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires cérébraux au Canada 2000*, 1999, 107 p.

30. *Loc. cit.*

31. *Loc. cit.*

32. G. PARADIS, et al., « Facteurs de risque des maladies cardio-casculaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois, 1999*, Institut de la statistique du Québec, 2002, chapitre 15, p. 345-370.

33. S. BERNIER, et D. BROCHU, « Usage de la cigarette » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999*, chapitre 8, p. 195-208.

34. M. LEDOUX., L. MONGEAU, et M. RIVARD, « Poids et image corporelle » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999*, 2002, chapitre 14, p. 311-344.

35. G. PARADIS, et al., « Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, 2002, chapitre 15, p. 264-266.

36. M. R. JOFFRES et al., *Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Canada*, AJH 1997, vol. 10, p. 1097-1102.

37. S. BERNIER, « Les problèmes de santé » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 13, p. 99-103.

38. M. R. JOFFRES, et al., « Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Canada », *AJH* 1997, vol. 10, p. 1097-1102.

39. SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, « Hypertension artérielle 2002 », *Guide thérapeutique*, 2002, 2e éd., 230 p.

40. STATISTIQUE CANADA, *Indicateurs de santé : diabète*, 2002, vol. n° 1.

41. S. BERNIER, « Les problèmes de santé » dans *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, chapitre 13, p. 99-103.

42. J.-P. COURTEAU, *Le diabète de type 2 : prévenir d'abord, dépister ensuite*, MedActuel, FMC, juillet-août 2002.

43. S. MELTZER et al., « Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada », *JAMC*, 20 oct. 1998 ; 159 (8 suppl).

44. FODOR et al., « Recommendations for the Management and Treatement of Dyslipidemia », *Rapport du groupe de travail sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies*, CMAJ, 16 mai 2000, 162, (10).

45. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994), *Guide canadien de médecine préventive : Réduction du taux de cholestérol total pour prévenir les cardiopathies ischémiques*, chapitre 54, p. 738-760.

46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte au cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, 1997, 185 p.

47. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, « Statistiques canadiennes sur le cancer 2001 », *Canadian Strategy for Cancer Control, Draft synthesis report*, Ottawa : Santé Canada, 2001.

48. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, Les publications du Québec, 2001, 453 p.

49. WHO, National Cancer Control Programmes : *Polices and managerical guidelines*, 2002, 2nd edition, 180 p.

50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte au cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, 1997, 185 p.

51. *Loc. cit.*

52. A.-M. GRENIER, et A. TRUDEL, *Programme québécois de lutte contre le cancer : État de situation de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, 71 p.

53. RRSSS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Les tumeurs de la région Mauricie-Bois-Francs (1989-1993)*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 2001, 112 p.

54. INSPQ, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, 2001, 453 p.

55. *Loc. cit.*

56. *Loc. cit.*

57. Centre d'expertise et de dépistage.

58. *Loc. cit.*

59. L. SAUVAGEAU et al., *Pour un programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 73 p.

60. OMS, *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, 2000.

61. SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, « Hypertension artérielle 2002 », *Guide thérapeutique*, 2002, 2e éd., 230 p.

62. *Loc. cit.*

63. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, 92 p.

64. DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP. « Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin », *New England journal of Medicine*, 2002, 346;6:393-403.

65. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique*, 2003, 133 p.

66. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994, 1136 p.

67. F.A. POMMERENKE et D.L. WEED, « Physician compliances : improving skills in preventive medicine practives », *American Family Physician*, 1991, 43 : 560-568.

68. S. GROULX, A. MAROUFI, L. HAIEK, D. DONOVAN et P. CHAPUIS, *Promotion de la prévention clinique*, Direction de la santé publique de la Montérégie, 2001, 71 p.

69. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE
Guide canadien de médecine clinique préventive, Santé Canada, 1994, 1136 p.

70. OPDQ, « Counselling nutritionnel et modification du comportement » dans *Manuel de nutrition clinique*, 2000.

71. W. ELFORD, H. MACMILLAN, N. WATHEN, with CCTFPHC Counseling, *Counseling for Risky Health Habits : A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*, 2001.

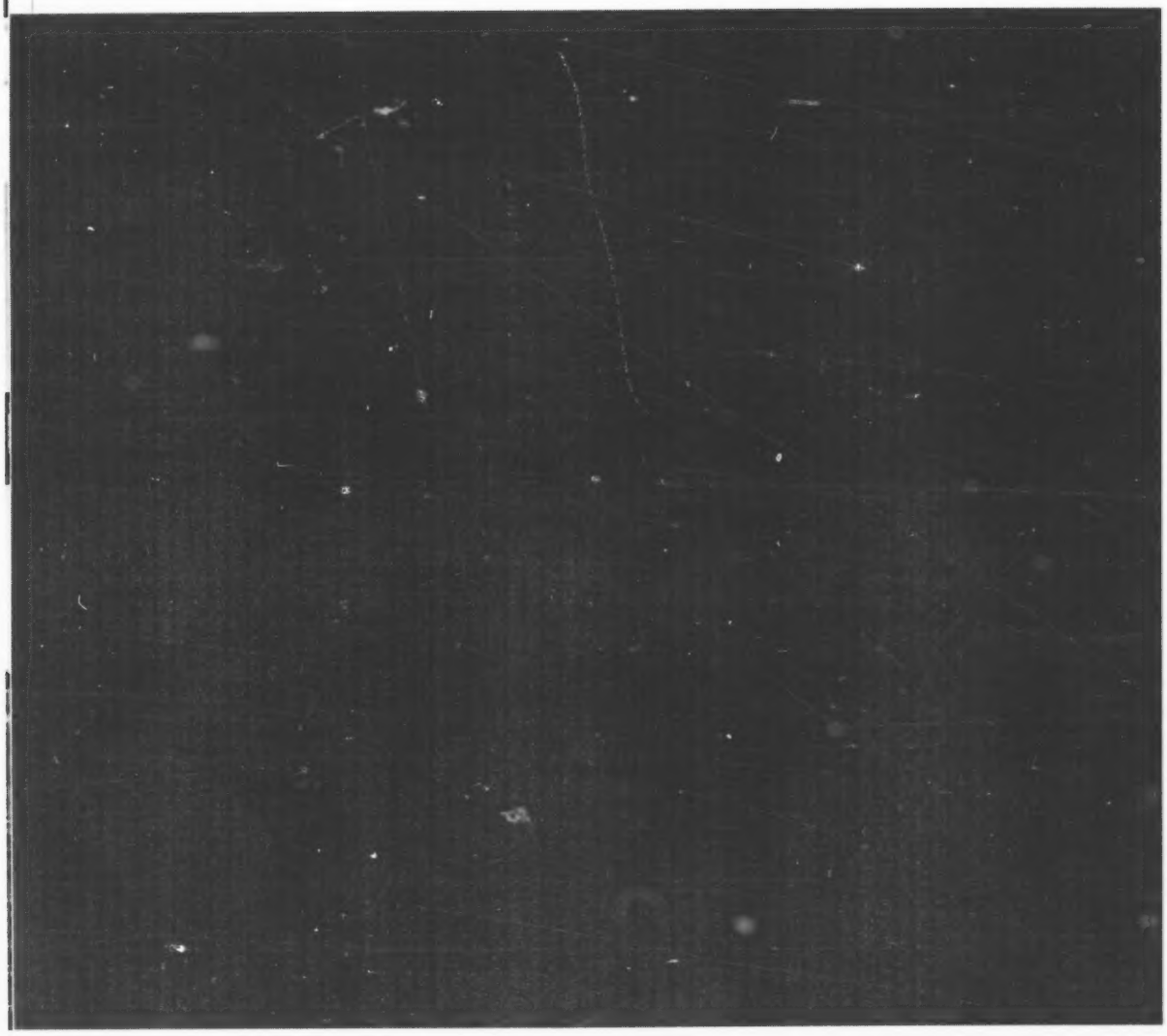
72. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994, 1136 p.

73. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte au cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, 1997, 185 p.

74. J.D. DOUKETIS *et al.*, « Periodic Health Examination 1999 update : Detection, Prevention and Treatment of Obesity », *CMAJ*, 23 février 1999, 160 (4).

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

www.rrsss04.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec